



PROYECTO EDUCATIVO DIRIGIDO A PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

“Turista Directo Al Huracán”

Educational project addressed to parents of children with
Attention Deficit Disorder with Hyperactivity

[TRABAJO DE FIN DE GRADO / BACHELOR THESIS]

Autora: Adriana Gil de Eusebio

Tutora: M.^a Teresa Alcolea Cosín

Curso académico: 2018-2019

Universidad Autónoma de Madrid

Facultad de Medicina

Grado en Enfermería

ÍNDICE:

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Definición, características y etiología:	3
1.2. Análisis poblacional.....	5
1.3. Diagnóstico	7
1.4. Tratamiento.....	9
1.5. Comorbilidad del TDAH	10
1.6. TDAH en la familia	10
1.7. Antecedentes de intervenciones familiares sobre el TDAH	11
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	13
3.1. Objetivo General.....	13
3.2. Objetivos Específicos	13
4. METODOLOGÍA.....	14
4.1. Población diana.....	14
4.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	14
4.3. Coordinación del programa y recursos necesarios	15
4.4. Proceso de captación.....	17
4.5. Consideraciones éticas.....	18
4.6. Cronograma	18
4.7. Teoría del aprendizaje social	20
5. DESARROLLO DE LAS SESIONES	20
5.1. Sesión 1: Conociendo el TDAH	20
5.2. Sesión 2: Resolvemos los problemas.....	23
5.3. Sesión 3: Caritas sonrientes	27
5.4. Sesión 4: Ayúdame a ayudarte	31
6. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	36
7. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES	37
8. AGRADECIMIENTOS.....	39
9. BIBLIOGRAFÍA	40
10. ANEXOS	45

RESUMEN:

Introducción. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es de los trastornos mentales más frecuentes en la infancia, definido por sintomatología inatenta, impulsiva e hiperactiva; la prevalencia en España se estima en el 5-10% de la población infantil. Se caracteriza por etiología multifactorial, predominancia masculina y comorbilidad con otras patologías mentales. El tratamiento multimodal es la recomendación principal en el abordaje del trastorno e incluye entrenamiento parental.

El TDAH implica empeoramiento de la calidad de vida familiar, mayor hostilidad en los progenitores, baja autoestima, estrés y desesperanza. La disfunción del proceso familiar sugiere desarrollar programas de Educación para la Salud llevados a cabo por la enfermera.

Objetivo. Favorecer el funcionamiento familiar adecuado en padres de niños escolares con TDAH que lleven seguimiento en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón o Centro de Salud Mental de Moratalaz, en Madrid.

Metodología. Se elaboró una intervención grupal de cuatro sesiones de entrenamiento parental en medio hospitalario, basado en la teoría del aprendizaje social. Se abordaron conocimientos sobre TDAH, técnicas en el manejo de conductas disruptivas (tiempo-fuera, extinción, economía de fichas), relajación y autocontrol basado en la respiración, estilos parentales y habilidades sociales de escucha activa y comunicación positiva.

Conclusiones. El entrenamiento parental podría ser una herramienta fundamental en el ámbito competencial enfermero de promoción de la salud y proporcionar a los padres un proceso de aprendizaje significativo en la atención integral del TDAH.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Educación en Salud, Padres, Enfermería, Crianza del Niño.

ABSTRACT

Introduction. The Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD) is one of the most common mental disorders in childhood and it is defined by inattentive, impulsive and hyperactivity symptomatology. The prevalence in Spain has been estimated between 5-10% of the child population. It is characterized by multifactorial etiology, masculine predominance and comorbidity with other mental pathologies. The multimodal treatment is the main recommendation among the treatments of ADHD, and it includes parental training.

ADHD implies deterioration in the quality of family life, higher hostility in progenitors, low self-esteem, stress and despair. The disfunction of the family process suggests developing health educational programmes carried out by nurses.

Objective. Favoring proper family functioning in parents of school children with ADHD whom are being followed up by the Hospital General Universitario Gregorio Marañón or the Mental Health Center of Moratalaz in Madrid.

Methodology. A 4-session group intervention of parental training was elaborated in a hospital environment based in the social learning theory. Knowledges about ADHD were taught, also techniques about the management of disruptive behaviors (time-out, extinction and token economy), relaxation and self-control technique based on breathing, parental styles and social abilities of active listening and positive communication.

Conclusions. Parental training might be an essential tool in the nurse's competential environment of health promotion, and it might provide a significative process of learning to parents in the integral attention of ADHD.

Keywords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Health Education, Parents, Nursing, Child Rearing.

1. INTRODUCCIÓN:

1.1. Definición, características y etiología:

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se define, según la *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el TDAH* de España (1) por la presencia de un patrón cognitivo-conductual de tres síntomas fundamentales: disminución de la atención (dificultad para concentrarse), hiperactividad (conducta excesiva de actividad) e impulsividad (actuación sin cautela ni reflexión previa) (2).

Se trata de una de las enfermedades mentales más frecuente en la infancia y que puede prevalecer en la edad adulta; su prevalencia a nivel mundial se estima en un 5% de la población infantil (3). Estos comportamientos pueden resultar ambiguos y difíciles de identificar como características definitorias de TDAH por un profesional no entrenado, debido a la conceptualización social de la normalidad de las conductas en la infancia. Por tanto, para determinar la existencia de patología, la sintomatología descrita deberá ser desproporcional a la edad y correspondiente desarrollo del niño¹, observarse a una edad temprana, antes de los 12 años según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (3) y antes de los 7 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que suponga una afectación en la calidad de vida del niño y su entorno y que no esté relacionado con otra patología o consumo de sustancias tóxicas (4).

Los primeros escritos sobre el TDAH datan de finales del siglo XVIII y corresponden al médico escocés Alexander Crichton, que definió la incapacidad de atención en niños como el síndrome de “inquietud mental” (5,6). A partir de ese momento, se llevaron a cabo otras investigaciones sobre este síndrome, como el estudio de George Still en 1902 sobre el “defecto mórbido de control moral” (considerado por muchos profesionales como la primera descripción de lo que hoy se conoce como TDAH) (6). Sin embargo, no fue hasta 1983 cuando la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) incluyó en el *DSM-3* el término actual de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (5,6).

La etiología del TDAH en niños y adolescentes se considera multicausal, y se han definido como factores relacionados con la probabilidad de padecer este trastorno(1,6-8):

- **Factor genético:** fundamental en el estudio de este trastorno, puesto que supone una cifra de heredabilidad poligénica estimada de un 75% aproximadamente. Además, la

¹ A lo largo del trabajo, se enunciará el término “niño” integrando el sexo masculino y femenino.

influencia familiar es mayor en niñas (en torno al 60%), en comparación con los niños. Sin embargo, hay que tener en cuenta además el ambiente y otros factores que influyen en la aparición y desarrollo del trastorno.

- **Factores neurobiológicos.** Características inherentes al niño que se clasifican en:
 - **Factores químicos:** relacionados con una desorganización de los neurotransmisores del Sistema Nervioso Central (SNC). La alteración del transporte de dopamina implica la presencia de síntomas como hiperactividad e impulsividad, mientras que la alteración del transporte de noradrenalina conlleva síntomas cognitivos y afectivos, como el déficit de atención y la irritabilidad.
 - **Factores anatómicos:** diversos estudios encontraron anomalías volumétricas significativas en varias áreas del encéfalo y diferencias en cuanto a la actividad, flujo sanguíneo y metabolismo cerebral.
- **Factores ambientales:** la interacción con el ambiente juega un papel importante en el grado de expresión del riesgo de padecer TDAH. Entre estos factores destacan:
 - **Ferropenia:** el hierro se correlaciona con el adecuado desarrollo del SNC y el sistema dopaminérgico por lo cual, en casos de TDAH y presencia de ferropenia, el uso de suplementos férricos puede mejorar la clínica asociada.
 - **Alimentación:** la “hipótesis nutricional del TDAH” pone de manifiesto que, en comparación con población sana, los niños con TDAH consumen un aporte calórico inferior debido a la ingesta deficiente de macronutrientes, proteínas, complejos vitamínicos... En algunos casos, evitar alimentos y bebidas con conservantes y/o colorantes artificiales y seguir una dieta equilibrada puede contribuir a estabilizar la sintomatología.
 - **Traumatismos craneoencefálicos (TCE):** se relaciona un aumento de síntomas propios del TDAH tras un TCE principalmente en los primeros años de vida, ya que puede influir en la maduración del SNC y proceso de neurodesarrollo del niño.
 - **Factores gestacionales:** tales como la prematuridad o conductas perjudiciales durante el embarazo (consumo o exposición a sustancias tóxicas como el tabaco, malnutrición, altos niveles de estrés...) pueden precipitar en un neurodesarrollo del niño inadecuado y consecuentemente, mayor riesgo de padecer TDAH.
 - **Entornos familiares disruptivos:** favorecen la aparición del cuadro en el niño y está relacionado además con aspectos psicosociales como relaciones conflictivas, situación de pobreza, acogida, historia infantil de maltrato o abandono, familiares con patología mental...

1.2. Análisis poblacional:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se considera el trastorno conductual más frecuente en la etapa de la infancia y adolescencia. El manual DSM-5(3) estima la prevalencia de este diagnóstico en torno al 5% de la población infantil en edad escolar, entendida como la edad de Educación Primaria comprendida entre los 6-12 años² si bien es cierto que según Marín-Méndez et al. (9), la cifra difiere entre países e incluso entre estudios de un mismo país como por ejemplo Estados Unidos, donde se estima una prevalencia entre 2-12,8%. Esto se explicaría por los criterios de recogida y análisis de datos en los estudios, ya que la tasa de prevalencia se debe estimar a partir de muestras representativas mediante procesos estandarizados (10).

En España, los datos más recientes del Instituto Nacional de Estadística (INE) (11) del año 2017 reflejan una prevalencia total de los trastornos de conducta (incluye hiperactividad pero se desconoce si hace referencia al TDAH) de 1,78. Sin embargo, diversos estudios estiman la prevalencia a nivel nacional en un 5-10% aproximadamente de la población infantil, con diferencias metodológicas en las edades de la muestra de estudio (1,4,6,12). Para conocer la evolución del trastorno en España, se muestra una comparativa de las cifras de las últimas Encuestas Nacionales de Salud (ENS) (Cuadro 1), donde se aprecia una disminución de la prevalencia con respecto a los años anteriores.

Cuadro 1. Prevalencia de los trastornos de conducta (contiene “hiperactividad”) en los últimos 12 meses que han sido comunicados por un médico, en niños según sexo y grupo etario (0-14 años).

Datos de prevalencia (España)	ENS 2017	ENS 2011-2012	ENS 2006
Total	1,78	2,23	1,95
De 0 a 4 años	0,31	0,52	0,59
De 5 a 9 años	1,95	2,73	2,78
De 10 a 14 años	2,90	3,42	2,43
Total varones	2,77	2,98	2,77
De 0 a 4 años	0,34	0,56	0,77
De 5 a 9 años	3,18	3,31	3,83
De 10 a 14 años	4,51	5,11	3,58
Total mujeres	0,72	1,43	1,09
De 0 a 4 años	0,26	0,47	0,40
De 5 a 9 años	0,64	2,10	1,72
De 10 a 14 años	1,21	1,70	1,17

Fuente: elaboración propia a partir del INE (11).

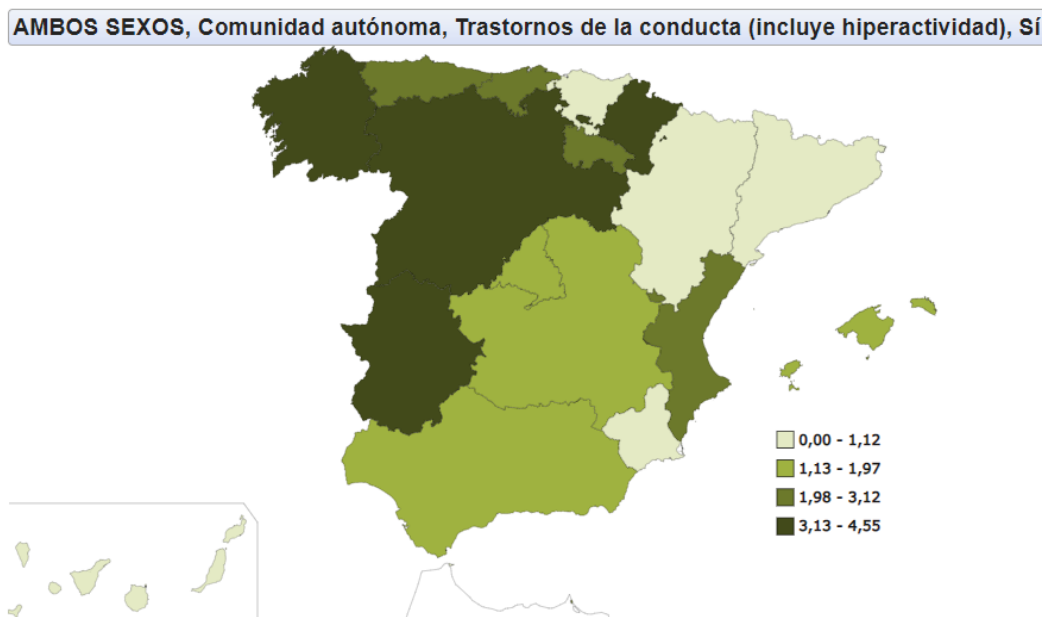
² Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo 2006, de Educación. BOE-A-2006-7899, núm. 106, pág. 23.

La prevalencia en niños fue 3,8 veces más que el grupo de niñas, lo cual se corrobora con diversos estudios que afirman una predominancia masculina en el trastorno (4,6,12). Esto puede explicarse por la influencia de los estereotipos de género en la sospecha del trastorno, ya que el TDAH se suele diagnosticar por la presencia de sintomatología de conducta hiperactiva (más común en niños), mientras que en las niñas el TDAH se asocia a la inatención, lo cual conllevaría a una prevalencia inespecífica en ambos sexos condicionada por factores socioculturales (6).

El grupo etario con mayor prevalencia se corresponde a los 10-14 años, seguida de los 5-9 años. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10) (13), la dificultad de identificar la hiperactividad como síntoma de TDAH antes del periodo de escolarización (por la discrepancia entre lo que es o no “normal”) se asocia a la menor prevalencia en el grupo etario de 0-4 años.

En relación a la diferencia entre Comunidades Autónomas, la prevalencia sigue un gradiente norte-sur y oeste-este, con mayores tasas en Extremadura, Castilla y León, Galicia, Navarra y Cantabria (Gráfico 1), que se explicaría por la accesibilidad al sistema sanitario, práctica diagnóstica y otros motivos derivados de pautas culturales y recursos económicos (14,15).

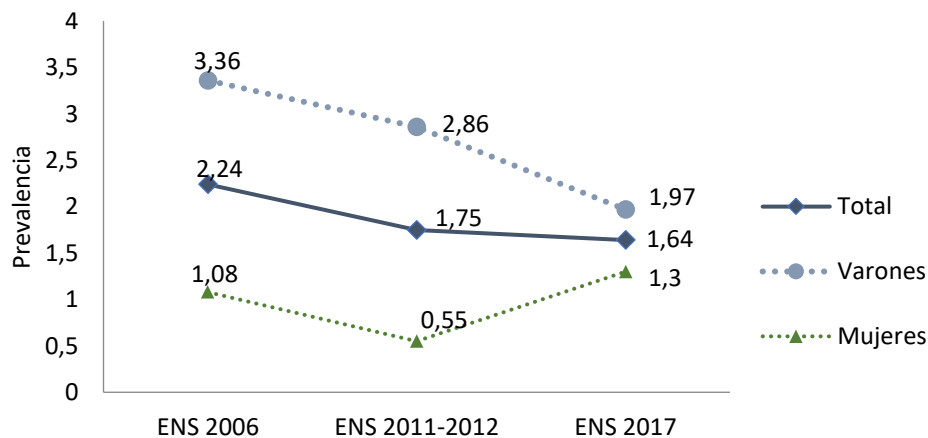
Gráfico 1. Prevalencia de los trastornos de conducta (contiene hiperactividad) en los últimos 12 meses que han sido comunicados por un médico, en población infantil de las Comunidades Autónomas de España.



Fuente: INE (15).

A continuación, se muestra la evolución de la epidemiología de los trastornos de conducta en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), en el cual se observa una disminución progresiva de la prevalencia hasta un 1,64 en el año 2017(15) (Gráfico 2):

Gráfico 2. Prevalencia de los trastornos de conducta (contiene hiperactividad) en los últimos 12 meses que han sido comunicados por un médico, en niños según sexo. Población infantil de la CAM.



Fuente: elaboración propia a partir del INE (11).

La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) señala un total de 12.127 casos en la CAM de población pediátrica de 0-14 años que tienen asignado un diagnóstico “P81-Trastornos hiperactivos”; aunque no se especifica el tipo de trastorno, sería oportuno integrar en esta cifra a la población infantil que padece TDAH (16).

Según García-Vallejo R (12), la prevalencia de TDAH en la CAM es de un 1,13 y aunque se da una mayor tasa en la ENS, se explicaría por no encontrarse datos epidemiológicos desagregados de los trastornos de conducta. Además, no se diferenciaron los subtipos de clasificación del TDAH, debido a que el registro del trastorno en Atención Primaria (AP) en la CAM no permite realizar dicha subdivisión.

1.3.Diagnóstico:

El DSM-5(3) pone de manifiesto tres subtipos dentro del diagnóstico de la enfermedad: TDAH con predominio de desatención, TDAH con sintomatología hiperactiva-impulsiva y el subtipo combinado de ambas manifestaciones; este último resulta ser el más diagnosticado en niños y adolescentes. En este trabajo no se tuvo en cuenta la diferenciación entre subtipos y se abordó desde el diagnóstico generalizado de TDAH.

Según la *Guía de Práctica Clínica* de España (1), el diagnóstico de TDAH consiste principalmente en obtener información a través de una adecuada anamnesis para poder establecer un diagnóstico diferencial (descartando otros trastornos mentales con sintomatología similar) e identificar las posibles causas y comorbilidades del trastorno; para ello, la herramienta fundamental es la entrevista clínica.

Se debe llevar a cabo a nivel psicopedagógico, educacional y médico, para conocer de manera integral y multidisciplinar la afectación de la conducta en el ámbito físico, emocional y del aprendizaje, así como profundizar en el contexto familiar y escolar.

Con el fin de evitar un sobre- o infra- diagnóstico del trastorno, se recomienda que el pediatra o médico de AP realice el cribado inicial de padecer TDAH durante las revisiones protocolizadas del desarrollo del niño (entre los 4-18 años) junto con una valoración psicopedagógica del orientador de su centro educativo y que, tras derivar a un especialista en neuropsiquiatría o salud mental infantil, se realice el diagnóstico definitivo (1,4,17).

Los datos más actuales de la CAM, según la BDCAP, señalan que en el año 2016 se realizaron 14.457 interconsultas al servicio de psiquiatría desde Atención Primaria en población de 0-14 años y de estas, 1.373 interconsultas se correspondían con el código *P81-Trastornos hipercinéticos*; aunque no se especifica el motivo de interconsulta, podrían integrar las realizadas por sospecha de TDAH (16).

Para realizar el diagnóstico o sospecha del trastorno en AP, se deben cumplir los criterios establecidos por el DSM-5(3) y el CIE-10(13). Este último es más restrictivo, dado que requiere la presencia de “al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad” (13), mientras que el DSM-5 precisa de “seis síntomas de inatención o seis de hiperactividad/impulsividad” (3).

Además de la entrevista clínica se puede hacer uso de escalas y cuestionarios que ayuden al diagnóstico, como la *ADHD Rating Scale-IV* o la *Escala de Conners revisada (EDAH)*, validadas en población española y muy útiles en el cribado del TDAH (17). Para el cribado en AP puede resultar útil el cuestionario propuesto por Soutullo et al. (4) basado en la recomendación de la Asociación Americana de Psiquiatría (18) (Anexo 1).

Por tanto, la variabilidad de la prevalencia del TDAH en la infancia puede deberse a distintos factores sobre el enfoque metodológico: falta de un protocolo y rigurosidad en los criterios diagnósticos, accesibilidad sanitaria, factores socioculturales, económicos...

1.4.Tratamiento:

Por tratarse de un trastorno multifactorial y de inicio en los primeros años del aprendizaje del niño, la detección precoz y la actuación inmediata con el tratamiento idóneo en cada caso es fundamental, debido a que el retraso en el tratamiento se ha relacionado a un aumento del riesgo de comorbilidad de patologías mentales descritas en el siguiente epígrafe (1,4).

Actualmente, se ha observado un aumento en la prescripción de tratamiento farmacológico en pacientes con TDAH, con diferencias en cuanto al grupo etario (mayor en niños de 10-14 años), sexo (mayor en varones) y entorno (predominio del área urbana sobre la rural) (14,19). El tratamiento farmacológico se recomienda en los casos de TDAH con sintomatología desmesurada que afecta gravemente a la dinámica y calidad de vida familiar, donde las medidas no farmacológicas (terapias psicológicas, educativas, intervenciones sociales...) son insuficientes por sí mismas (20,21). Sin embargo, el uso de terapia farmacológica debe formar parte del tratamiento multimodal del TDAH, debido a que las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas han reportado beneficios (individual y en combinación con medicación, aunque la bibliografía de estas intervenciones es escasa) en cuanto a la mejora de la sintomatología conductual e incluso la reducción de la dosis del fármaco y sus efectos adversos (20-22).

El fármaco de elección en España es el metilfenidato (de liberación prolongada), indicado a partir de los 6 años y perteneciente a los agentes simpaticomiméticos que estimulan levemente el SNC (23,24). En el abanico de posibilidades farmacológicas también se encuentra la atomoxetina, que se diferencia del metilfenidato en que no es psicoestimulante, su mecanismo de acción se cree que está relacionado con la inhibición selectiva del transporte de noradrenalina (24). Pese a la evidencia existente sobre la efectividad del tratamiento farmacológico en el TDAH, no está exento de efectos adversos (gastrointestinales, insomnio, astenia, cefalea...) y por ello habrá que considerar el equilibrio riesgo-beneficio en cada caso (21,23,24).

En relación a las intervenciones no farmacológicas del TDAH, Serrano-Troncoso et al. (21) consideran dos grupos esenciales: intervenciones psicológicas (que incluye la terapia de conducta, entrenamiento parental, terapia cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales) e intervenciones psicopedagógicas (que abordan actuaciones a nivel académico y de formación de educadores).

1.5.Comorbilidad del TDAH:

El TDAH se relaciona frecuentemente con la presencia de otras patologías mentales, debido a que la tasa de TDAH sin comorbilidad asociada se estima aproximadamente en tan solo el 30% de los pacientes (4). Las principales comorbilidades que se han definido en la literatura corresponden a trastorno negativista desafiante, trastorno del espectro autista (TEA), ansiedad, trastornos del ánimo, tics, dificultad en el aprendizaje, etc. (1,4)

Todo ello conlleva al deterioro de la calidad de vida del niño, lo cual se traduce en complicaciones como baja autoestima, afectación del bienestar psicológico e impacto a nivel académico, clima familiar y en las relaciones sociales; además, en adolescentes con TDAH, se ha observado un aumento en la probabilidad de abuso de sustancias (1,4,25).

1.6.TDAH en la familia:

Según el *Modelo de adaptación y afrontamiento* de Callista Roy (26): “La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal. Cuando uno de sus miembros pierde total o parcialmente sus capacidades de autocuidado para mantener su vida, su salud y su bienestar o para adaptarse a limitaciones que se derivan de una enfermedad, va a precisar ayuda, la que va a determinar las condiciones y la calidad de vida del sujeto.” Es decir, la familia se considera el primer agente socializador de los niños y por ello, los padres³ deben involucrarse activamente en su aprendizaje, cuidados y apoyo.

El TDAH no solo afecta al individuo en particular, sino que involucra también la calidad de vida del entorno familiar, alterando su dinámica e incluso afectando a su vida laboral y productividad (27). Los padres, debido al déficit de información y recursos, tienden a opinar que la causa del trastorno se debe a su organización familiar o la implicación educativa parental y conlleva la creencia de estigmatización social en estos niños (4).

Además, diversos estudios han reportado que las características conductuales en el TDAH (labilidad emocional, irritabilidad, comportamiento exigente y estresante...) implican en el contexto familiar mayor hostilidad de los progenitores hacia los hijos, agudización del estrés, agotamiento, desesperanza, tristeza, etc., que conduce al aumento del riesgo de padecer, en el núcleo familiar, trastornos mentales como ansiedad, depresión, trastornos relacionados con sustancias (mayor consumo de alcohol), trastorno antisocial...(3,4,27)

³ El término “padres” engloba en el trabajo los conceptos “padre” “madre” y “tutor/a legal”.

1.7. Antecedentes de intervenciones familiares sobre el TDAH:

La intervención familiar en padres se lleva a cabo como terapia complementaria al abordaje integral (junto con tratamiento farmacológico y/o las intervenciones dirigidas al paciente), sobre todo en casos de TDAH con comorbilidad de patología mental asociada y sintomatología severa (1,20,21,27,28). Consisten en programas psicosociales para adquirir información del manejo del trastorno, entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales y habilidades para reducir el estrés y aumentar la satisfacción parental (1).

Numerosos estudios constatan la eficacia de estos programas de entrenamiento parental en la reducción de conductas inapropiadas y deterioro funcional del niño, la mejora del conocimiento sobre el trastorno y aumento de las interacciones paternofiliales satisfactorias que promueven el estilo de crianza positivo (1,28-30).

Actualmente, destacan tres programas de entrenamiento parental en el tratamiento no farmacológico del TDAH para niños en edad preescolar (aunque pueden aplicarse también a otros trastornos como el TEA o conductas disruptivas sin diagnóstico de TDAH). Estos tres programas basan sus principios en la *teoría del aprendizaje social* de Bandura (31), caracterizado por la comunicación entre los padres y su interacción con los hijos, con el fin de conseguir una crianza receptiva, positiva y sensible.

No hay evidencia consistente sobre cuál de las intervenciones (individual o grupal) es más beneficiosa, por lo que la decisión de realizar una u otra radica esencialmente en las preferencias de los educandos y recursos disponibles. Los tres programas se recogen en:

Cuadro 2. Programas de entrenamiento parental en el abordaje no farmacológico de niños con TDAH.

	Tipo de intervención	Lugar de desarrollo
<i>New Forest Parent Training Programme</i> (NFPP)	Sesiones individuales	Reino Unido
<i>Triple-P Positive Parenting Programme</i> (SBFI)	Sesiones individuales	Australia
<i>Incredible Years</i> (IY)	Sesiones grupales	Estados Unidos

Fuente: elaboración propia a partir de las referencias (1,21,32)

2. JUSTIFICACIÓN.

Las enfermeras⁴ desarrollan un papel fundamental en la educación de los padres de niños con TDAH, ofreciendo cuidados centrados en la familia (CCF). Estos cuidados deberán ir encaminados a capacitar a los padres en la adaptación, afrontamiento del trastorno, autocuidado y satisfacción de sus necesidades, orientación a la adherencia terapéutica y sistema de creencias y educación en el manejo de las conductas inadecuadas (33).

Esta intervención educativa se justifica en el marco de la *Cartera de Servicios Estandarizados* de la CAM(34), debido a que se recogen en los *servicios 101* y *504* la responsabilidad enfermera en la promoción de la salud en la infancia (aplicada directamente al niño o recibida por sus cuidadores) y las características de la educación para la salud grupal, respectivamente.

Por este motivo, las enfermeras deben ayudar a los padres de un niño con TDAH en la adaptación a los cambios que puede conllevar el trastorno mediante uno de los objetivos en los que se basa la profesión enfermera: la promoción de la salud a través de la Educación para la Salud (28,35-37).

Existe un número limitado de estudios en relación a los diagnósticos más prevalentes en el TDAH (tanto a nivel del individuo como de la familia). En NNN Consult (38) se encuentran codificados los siguientes diagnósticos que con más frecuencia pueden aparecer en la familia (35): baja autoestima situacional/crónica [00120/00119], conocimientos deficientes [00126], procesos familiares disfuncionales [00063], trastorno de la identidad personal [00121] y tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud [00188].

Consecuentemente, con la intervención parental no solo se pretende intervenir en los diagnósticos enfermeros que presenten, sino que también implica tratar aquellos problemas presentes en los niños con TDAH. Es decir, el fin último de la actuación constituye reducir de forma indirecta la sintomatología del TDAH, favorecer la autorregulación del niño y ofrecer a los padres estrategias para afrontar los factores estresantes relacionados con cuidar de un niño con TDAH en la rutina diaria (20,27,28).

Por ello, las enfermeras poseen un papel esencial no solo en la detección temprana del trastorno en las revisiones protocolizadas en AP del desarrollo en la infancia, sino

⁴ El término “enfermera” integra en el trabajo al sexo femenino y masculino.

principalmente en la promoción y diseño de terapias fundamentadas en los cuidados centrados en la familia (33,34,39).

Como se señaló anteriormente, el diagnóstico definitivo se realiza en centros sanitarios que integran cuidados a la salud mental. Por ello, se considera que el lugar oportuno para la realización del programa educativo sea un centro que cuente con especialistas en salud mental infanto-juvenil y que posean un nivel de conocimientos óptimo sobre el trastorno. Se eligió una de las aulas docentes del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) (40) como el lugar de realización del proyecto educativo ya que cuenta con los recursos necesarios y ha recibido numerosas distinciones en cuanto a calidad asistencial del servicio; además, integra al Centro de Salud Mental de Moratalaz, que desarrolla un programa específico de enfermería sobre el apoyo en el diagnóstico de TDAH.

Finalmente, se concluye que el diseño de un programa educativo dirigido a los padres de niños con TDAH es pertinente, debido a que la familia desarrolla un papel fundamental en la crianza y desarrollo psicosocial de estos niños, donde la disfunción familiar se relaciona con la clínica cognitivo-conductual y afectiva del trastorno y viceversa.

3. OBJETIVOS (37):

3.1.Objetivo General:

Diseñar un programa de educación para la salud que favorezca la adecuada dinámica familiar dirigido a padres de niños en edad escolar diagnosticados de TDAH.

3.2.Objetivos Específicos:

Relativos al área cognitiva:

- Que los padres sean capaces de:
 - Describir el funcionamiento familiar antes y después de la intervención.
 - Manifestar sus conocimientos previos, dudas y preocupaciones sobre el trastorno.
- Que los padres adquieran información sobre:
 - Definición, características, diagnóstico, tratamiento y cuidados en el TDAH.
 - El funcionamiento de la conducta y los tipos de conductas en el niño.
 - La importancia del cuidado basado en estilos de vida saludables.
 - Los estilos parentales y la influencia de la autoridad en el desarrollo del niño.

Relativos al área de las habilidades:

- Que los padres sean capaces de identificar situaciones de pérdida de control y necesidad de ayuda.
- Que los padres apliquen en el funcionamiento diario las siguientes técnicas:
 - Tiempo-fuera y extinción.
 - Economía de fichas y recompensa-castigo.
- Que los padres expresen un aumento de autocontrol ante la conducta disruptiva.
- Que los padres adquieran habilidades sociales de recepción y transmisión de mensajes.

Relativos al área emocional:

- Que los padres sean capaces de:
 - Compartir sus propias vivencias y experiencias antes y después de la intervención.
 - Verbalizar los sentimientos generados ante las conductas disruptivas.
 - Promover el trabajo en equipo y distribución de tareas en el hogar.
- Que los padres expresen el aumento en:
 - El nivel de aceptación y afrontamiento del TDAH.
 - La percepción de pertenencia al grupo en la creación de redes de apoyo mutuo.

4. METODOLOGÍA (31,37,41,42):

4.1.Población diana:

Este programa de Educación para la Salud (EpS) “*Turista Directo Al Huracán (TDAH)*” se dirige a padres de niños, diagnosticados de TDAH, de 6-9 años escolarizados en los cursos de 1º a 4º de Educación Primaria y que lleven seguimiento del trastorno en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del HGUGM o en el Centro de Salud Mental (CSM) de Moratalaz, en la dirección asistencial sureste de la CAM.

El número de participantes del programa será de 5 individuos mínimo y 10 individuos máximo, para que la educación sea lo más individualizada posible y que además pueda contar con colaboración grupal (36); en el caso de las familias biparentales, podrán acudir ambos miembros de la pareja y se contabilizarán de manera individual.

4.2.Criterios de inclusión y exclusión:

Para conformar el grupo definitivo, se realizará un cribado de los posibles participantes mediante criterios de inclusión y exclusión (Cuadro 3). No se tendrán en cuenta la edad

de los padres, ni la tipología de familia (monoparentales, biparentales, reconstituidas, adoptivas, extensas...) ni el número de hijos que conformen las familias debido a que, a priori, no se consideran factores desfavorables para el desarrollo del programa.

Cuadro 3. Criterios de inclusión y exclusión del programa de EpS.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Padres de un niño de 6-9 años, diagnosticado de TDAH sin comorbilidad de patología mental.	Padres de un niño de edad menor de 6 años o mayor de 9 años.
Niños escolarizados en 1º, 2º, 3º o 4º curso de Educación Primaria.	Padres de un niño diagnosticado de TDAH con comorbilidad mental asociada.
Niños en seguimiento terapéutico por el servicio de psiquiatría del HGUGM, CSM de Moratalaz u otro CSM de la CAM.	Niños en seguimiento terapéutico en otros centros de salud mental infanto-juvenil fuera de la CAM.
Padres que refieran en la entrevista con la enfermera coordinadora:	Situaciones de patología mental severa en los progenitores que no se puedan beneficiar de la intervención.
- Problemas para el manejo de la conducta del niño y/o déficit de conocimientos del trastorno y/o baja autoestima.	Padres que no verbalicen problemas en el funcionamiento familiar ni falta de conocimientos ni baja autoestima.
- Disposición para mejorar el afrontamiento y manejo de la conducta del niño.	Padres con dificultades en la comprensión escrita y oral del castellano.
Padres con un nivel de castellano intermedio escrito y oral.	

Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (30)

4.3.Coordinación del programa y recursos necesarios:

La enfermera que coordina el programa de apoyo en el diagnóstico de TDAH en el Centro de Salud Mental de Moratalaz es, a su vez, la coordinadora y educadora en el proyecto educativo por su nivel de conocimientos. Sus responsabilidades recaen en orientar y motivar a los participantes y desarrollar las actividades de las sesiones. En definitiva, su función fundamental será liderar la EpS y evaluar los resultados de la intervención.

El comité técnico, encargado de aprobar el proyecto, estará formado por las enfermeras responsables de la Supervisión del Centro de Salud Mental de Moratalaz y la Supervisión del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del HGUGM.

La enfermera, a través del correo corporativo, concertará una reunión (presencial u online según disponibilidad) con el comité para presentar el programa (finalidad del proyecto, población diana, contenidos educativos, recursos necesarios y métodos de evaluación), y tras ser aprobado por este, se coordinarán las fechas de desarrollo del proyecto.

Asimismo, la coordinadora del proyecto designará al observador, que será una de las enfermeras del CSM Moratalaz debido a que, como se mencionó con anterioridad, llevan a cabo un programa de apoyo al diagnóstico de TDAH por lo que cuentan con un nivel de conocimientos óptimo sobre realización de programas de educación para la salud, el TDAH y programas de entrenamiento parental desde la actuación enfermera. La función del observador será asistir a las sesiones y cumplimentar desde una perspectiva objetiva la evaluación de estas y registro de las incidencias ocurridas y propuestas de mejora. Los recursos necesarios para la realización del proyecto quedan recogidos a continuación:

Cuadro 4. Recursos necesarios para la realización del proyecto.

Recursos Humanos	Recursos Materiales
Coordinadora y educadora del proyecto	Aula docente con capacidad de al menos 12 personas ubicada en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del HGUGM.
Observador	Ordenador conectado al proyector del aula, que cuente con acceso a Internet e Intranet del hospital.
Comité técnico	Correo institucional y teléfono de la coordinadora.
Psiquiatras y psicólogos de ambos centros	Pizarra blanca o verde con borrador
	Material de papelería: bolígrafos, cuadernos, tizas, rotuladores, cartulinas, folios, caballete...
	Documentación: hoja de asistencia (Anexo 2), Planilla de Evaluación y Cuestionario de Satisfacción.

Fuente: elaboración propia

4.4. Proceso de captación:

Una vez aprobado el programa de EpS, se iniciará el proceso de captación activo y pasivo. En el proceso de captación activo, se informará sobre el programa a los/as psiquiatras y psicólogos/as que lleven seguimiento en las consultas externas del HGUGM y del CSM de Moratalaz de niños que padezcan TDAH.

Al no haber obtenido información por parte de estos centros sobre la frecuentación de los padres de niños con TDAH en las consultas externas de psiquiatría y/o psicología, se establecerá un periodo de captación de cuatro meses (junio 2019 - septiembre 2019), orientado según el análisis poblacional de la CAM descrito y teniendo en consideración el periodo vacacional de verano, donde el número de consultas puede verse reducido.

Los/as psicólogos/as y psiquiatras que realicen en esos cuatro meses el seguimiento de niños con TDAH en las citas de consultas externas, informarán brevemente a los familiares que acudan sobre la existencia del programa de entrenamiento parental y les entregarán el díptico (Anexo 3) que recoge información acerca de los contenidos del programa, lugar de realización, horario, correo y teléfono de contacto.

Tras expresar el deseo de participación o de mayor información, se concertará una cita con la coordinadora (el mismo día de la consulta, vía e-mail o telefónica) y se realizará una breve entrevista semiestructurada (Anexo 4). Se conocerán las expectativas de los padres con el proyecto y necesidades personales (por ejemplo, preferencia de horario de realización: mañana o tarde) para formar un grupo que cumpla los criterios de inclusión y pueda cohesionar favorablemente. Para finalizar, se entregará la *Parenting Scale*, una escala parental autogestionada de 30 ítems donde los padres expresan su nivel de práctica funcional de disciplina mediante una escala Likert de siete puntos (30), y cumplimentarán la hoja de registro (Anexo 5). La coordinadora comunicará que el periodo de inscripción tiene un plazo de siete días desde la cita, donde se aportará la documentación vía e-mail o presencialmente (en caso de no cumplimentarse el mismo día de la cita).

En el proceso de captación pasivo, se difundirá el díptico informativo impreso en ambos centros y, además, la coordinadora lo enviará por correo corporativo a otros CSM de la CAM que lleven seguimiento del TDAH en niños, junto con los criterios de inclusión.

De esta manera, si identifican un posible participante le ofrecerán el díptico informativo y se facilitará un correo, teléfono de contacto y la dirección de la consulta de la coordinadora a la que será remitido para realizar la entrevista y los pasos descritos.

4.5.Consideraciones éticas:

La enfermera informará verbalmente o de forma escrita sobre los objetivos, metodología y contenidos del proyecto a los padres que deseen participar en el programa. Se garantizará la confidencialidad de las sesiones educativas y los datos personales de los participantes, amparado bajo la Ley Orgánica 3/2018⁵. Los resultados obtenidos del proyecto se emplearán únicamente con fines de investigación, y en ningún caso se desvelará información personal ni identidad de los participantes.

Además, los participantes tendrán derecho de abandonar el programa, independientemente del motivo y de la sesión en la que se encuentren; en este caso, se recomendará enviar un correo o comunicación escrita a la enfermera coordinadora del proyecto. Asimismo, en la participación de las sesiones se favorecerá un clima de colaboración, confianza del grupo y retroalimentación constante de la educadora.

4.6.Cronograma:

El periodo de captación tendrá una duración de cuatro meses, en el cual se aplicarán los criterios de inclusión y exclusión del programa y se realizará la recogida de información a través de la entrevista con la enfermera coordinadora. Tras esto, en el periodo de inscripción, se cumplimentará y se entregará la documentación descrita.

Con el análisis de las entrevistas y la escala parental se pretende concretar los contenidos del programa, ajustándose a las características del grupo formado, durante un periodo de aproximadamente un mes (15 septiembre 2019 – 15 octubre 2019).

Se impartirán 4 sesiones de EpS en el aula docente situada en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del HGUGM, ubicado en la C/ Ibiza nº43 (28009, Madrid).

Cada sesión tendrá una duración de 1 hora y media (90 minutos) con un descanso de 10 minutos que se realizará cuando los participantes lo deseen. Las sesiones se impartirán los lunes en horario de 17:30-19:00 debido a que puede beneficiar a aquellos padres que trabajen en horario de mañana; a pesar de ello, el horario podrá verse modificado en función de las preferencias expresadas por los padres en la cita de captación.

Se propondrá habilitar la zona recreativa del propio servicio (cuenta con una pista de baloncesto, fútbolín, mesa de ping-pong...) y contratar a un monitor externo que realice

⁵ Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre 2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE-A-2018-16673, núm. 294, pág. 15.

actividades lúdicas con los niños de las familias participantes en el periodo de duración de las sesiones; sería oportuno considerar la elaboración de un programa de educación para la salud coexistente para estos niños en los que se promuevan, por ejemplo, estilos de vida saludables.

La frecuencia de las sesiones será de una sesión semanal de modo que la intervención se llevará a cabo en el periodo de cuatro semanas consecutivas. En definitiva, las características y cronograma del programa quedan recogidas de forma esquemática en el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Características y cronograma del proyecto educativo.

“Turista Directo Al Huracán (TDAH)”	
CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA	
N.º de participantes: 5 mínimo-10 máximo N.º de sesiones: 4 sesiones Lugar: aula del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (HGUGM) Duración de las sesiones: 90 minutos (80 minutos + descanso de 10 minutos) Periodicidad: el lunes de cada semana, de 17:30 – 19:00 horas. Sesión semanal durante cuatro semanas consecutivas.	
CRONOGRAMA	
Proceso de captación: cuatro meses (1 junio 2019 – 1 septiembre 2019) Periodo de inscripción: siete días (desde la cita de captación con la coordinadora) Ajuste de sesiones y recursos: un mes (15 septiembre 2019 – 15 octubre 2019)	
Sesión 1: Conociendo el TDAH	Lunes 21 octubre 2019. 17:30-19:00 horas. Presentación. Conocimientos sobre TDAH.
Sesión 2: Resolvemos los problemas	Lunes 28 octubre 2019. 17:30-19:00 horas. Aprendizaje social. Manejo de conductas disruptivas. Técnicas tiempo-fuera y extinción. Relajación basada en la respiración.
Sesión 3: Caritas sonrientes	Lunes 4 noviembre 2019. 17:30-19:00 horas. Aumento de las conductas positivas. Técnicas de economía de fichas y recompensa-castigo.
Sesión 4: Ayúdame a ayudarte	Lunes 11 noviembre 2019. 17:30-19:00 horas. Estilos educativos. Establecimiento de límites. Habilidades sociales: escucha activa y comunicación positiva.
Proceso de evaluación del programa: tres meses (12 noviembre 2019 – 12 febrero 2020) Periodo de redacción científica del programa: dos meses (13 febrero 2020 – 13 abril 2020) Publicación y difusión de los resultados obtenidos: 14 abril 2020	

Fuente: elaboración propia

4.7. Teoría del aprendizaje social (31):

Los contenidos impartidos en la EpS están basados en la *teoría del aprendizaje social* de Bandura (31) en la cual se afirma que las conductas se aprenden por medio de modelos de referencia, por lo que los padres ejercerán como figura de referencia de sus hijos y esto será fundamental en el cambio o inhibición de los comportamientos inadecuados en niños con TDAH. El aprendizaje a través de modelos está compuesto por cuatro fases lineales: atención a la conducta que se quiera aprender, retención de esta, reproducción motora y reproducción motivacional que suponen consecuencias satisfactorias.

Según esta teoría, con el entrenamiento de los participantes en habilidades de manejo del comportamiento se pretende capacitar a los padres para que eduquen a sus hijos de modo que sus acciones conlleven consecuencias, y que por ello las conductas que no producen recompensa o que implican un castigo se verán disminuidas o extintas con el tiempo; por el contrario, se incrementará la frecuencia de aquellas respuestas que incluyan una recompensa o elogio por parte de los progenitores en el ámbito familiar.

Bandura (31) afirma que para formular el concepto de libertad es necesario establecer ciertos límites de conducta pero se debe evitar que los padres manipulen e influyan en las conductas de los niños con TDAH de manera que queden privados de esa libertad. Por ello, en el programa se espera que los padres sean capaces de establecer los límites en el núcleo familiar sin que estos resulten demasiado restrictivos y puedan conllevar a mayor número de situaciones conflictivas.

5. DESARROLLO DE LAS SESIONES (1,29,30,43):

5.1. Sesión 1: Conociendo el TDAH

Acogida: se recibirá y saludará a los asistentes indicando los nombres y función de la educadora y observador en la sesión, normas, objetivos y contenidos de esta.

Seguidamente, se pedirá a los participantes que se sienten formando un semicírculo, se presenten al grupo y compartan en una frase cómo ha sido su experiencia de vida criando a un niño con TDAH durante aproximadamente un minuto cada uno; la actividad finaliza una vez se hayan presentado todos los asistentes.

Rejilla: (Material 1A)

A continuación, se orientará a los padres en la identificación de creencias erróneas sobre el TDAH mediante un ejercicio en el que decidirán si una frase es verdadera o falsa.

Se dividirá el grupo en equipos de 2 o 3 personas y se repartirá a cada uno el material. Tras realizar el ejercicio en equipo, cada representante de los subgrupos comentará lo decidido en cada frase y la educadora devolverá al grupo la respuesta correcta. Esta actividad no persigue discutir sino compartir las creencias iniciales de cada participante.

Material 1A. Falsas creencias sobre el TDAH

Mitos sobre el TDAH: lea detenidamente las siguientes afirmaciones y, tras debatir en grupo, señale con un círculo si estas son verdaderas o falsas rodeando según corresponda.

- 1- El TDAH no existe, es una invención de la industria farmacéutica: V/F
- 2- Los niños con TDAH habitualmente son hiperactivos: V/F
- 3- Los niños con TDAH son menos inteligentes que el resto de niños: V/F
- 4- El TDAH ocurre solo en la infancia, ya que desaparece en la adolescencia: V/F
- 5- Si empieza con medicación, puede que no la necesite de por vida: V/F
- 6- Hay que castigarles y regañarles severamente para que aprendan: V/F
- 7- No hay que castigarles ni regañarles, no se puede cambiar su conducta: V/F

Fuente: elaboración propia a partir de las referencias (1,4)

Exposición con Power Point: el TDAH

Tras el ejercicio, se procederá a la exposición durante media hora, con el apoyo de una presentación en Power Point, de los conceptos generales del TDAH que se han abordado a lo largo del trabajo: definición, historia, etiología, sintomatología, comorbilidad, tratamientos... también se educará en la importancia de los estilos de vida saludable y en la red de atención que existe actualmente en la CAM para niños con TDAH y sus familias. Al finalizar, la educadora concederá 15 minutos para resolver las cuestiones y dudas que hayan podido surgir en los padres.

Cierre de la sesión:

El educador repartirá la hoja de asistencia a los participantes. Una vez hayan firmado, se repartirá el cuestionario de satisfacción a los participantes y la Planilla de Evaluación para la educadora y observador, y se dejará un tiempo de aproximadamente cinco minutos para rellenarlo. Recogidos los documentos, se despedirá a los padres recordándoles fecha, horario y contenidos de la siguiente sesión.

Cuadro 6. SESIÓN 1: Conociendo el TDAH.

SESIÓN 1: CONOCIENDO EL TDAH					
Objetivos	Contenidos	Técnica	Tiempo	Agrupación ⁶	Recursos
Que el grupo conozca la experiencia percibida de cada familia Que el grupo tome confianza	Se invitará a los padres a presentarse al grupo y exponer su experiencia vital con respecto al TDAH ⁷	Expositiva: charla-coloquio	15’	GC	<u>Recursos materiales:</u> Aula docente del HGUGM Ordenador con proyector Sillas Material de papelería Presentación Power Point Hoja de asistencia Planilla de Evaluación Cuestionario de Satisfacción <u>Recursos humanos:</u> Enfermera educadora Observador
Que el grupo exprese sus conocimientos iniciales	Los padres decidirán si son verdaderos o falsos algunos conceptos sobre el TDAH	Investigación en aula: rejilla	15’	G2/G3 GC	
Que el grupo aumenten su nivel de conocimientos sobre el trastorno Que los padres comprendan la importancia de los estilos de vida saludables en los niños	La educadora abordará los siguiente conceptos clave: qué es el TDAH, historia y etiología, sintomatología, comorbilidad, tratamiento y estilos de vida saludable	Expositiva: lección con Power Point	30’	GC	
Que el grupo conozca la existencia de una red de ayuda en caso de pérdida de control de la situación.	La educadora nombrará las asociaciones existentes y los servicios que ofrece el CSM Moratalaz y HGUGM en la atención del TDAH				
Que el grupo manifieste las dudas sobre la información recibida	La educadora aclarará las dudas de los participantes según lo impartido.	Análisis: discusión libre	15’	I GC	
<u>Evaluación de la sesión:</u> el educador repartirá la hoja de asistencia (participantes), la Planilla de Evaluación (educador y observador) y Cuestionario de Satisfacción (participantes) y recogerá los documentos cumplimentados para su posterior análisis.			5’	I	

Fuente: elaboración propia a partir de las referencias (1,30,43)

⁶ I: individual, GC: grupo completo, G2: parejas, G3: tríos

⁷ Se realizará la acogida, donde se presentarán los miembros de la sesión (educador y observador) y se expondrán las normas, objetivos y contenidos de la sesión.

5.2.Sesión 2: Resolvemos los problemas

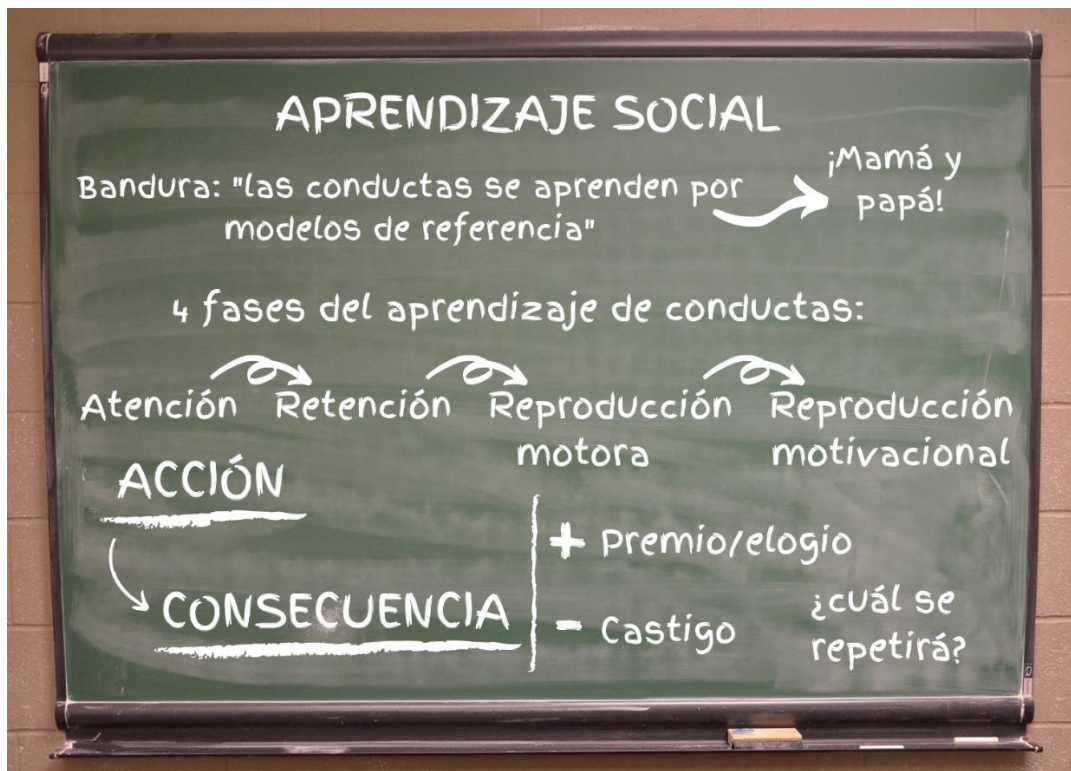
Acogida: se recibirá a los asistentes, se comenzará la sesión con un breve recordatorio de la sesión anterior y se introducirán los contenidos que se tratarán ese día. En esta sesión se utilizarán las técnicas de tiempo-fuera y extinción para abordar las conductas disruptivas y la técnica de relajación basada en la respiración para mejorar el autocontrol.

Exposición con pizarra y tormenta de ideas: (Material 2A)

Con el objetivo de aumentar el conocimiento que poseen los padres sobre el funcionamiento de la conducta de los niños, la educadora expondrá el concepto del aprendizaje social de forma esquemática en la pizarra y el funcionamiento de la conducta en los niños con TDAH.

A continuación, cada uno de los participantes expresará una conducta que haya experimentado y el resto del grupo identificará si se trata de una conducta apropiada o inapropiada, y dentro de esta última, si es una conducta disruptiva menor o mayor.

Material 2A. Aprendizaje social en pizarra.





Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (31)

Lección con infografía impresa: (Material 2B)

Una vez finalizada la actividad, la educadora instruirá al grupo en las técnicas de manejo de conductas disruptivas: tiempo-fuera y extinción. Para ello, la educadora repartirá y explicará al grupo la infografía impresa en papel la cual se definen ambas técnicas así como sus características sobre cuándo utilizarlas, cómo utilizarlas, etc. De esta forma, los padres tendrán la infografía como referencia a la hora de poner en práctica las técnicas.

Material 2B. Infografía tiempo-fuera y extinción

TIEMPO-FUERA

- **CONSISTE EN SEPARAR AL NIÑO DEL MEDIO Y DEL ENTRETENIMIENTO COMO CASTIGO ANTE CONDUCTA DISRUPTIVA**
- **Ante la conducta, siempre daremos en tono tranquilo y asertivo un aviso de la consecuencia lógica que tendrá su conducta.**
"Si sigues haciendo eso, irás a la silla pensativa (lugar de reflexión)" 
- **¿Cómo elegir el lugar de aislamiento?**
 - ZONA PRÓXIMA
 - SIN ATRACTIVO NI ENTRETENIMIENTO
 - ❌ - **NO** SE RECOMIENDA: HABITACIÓN, SALÓN, COCINA, LUGAR EXTERIOR
 - ✅ - **SÍ** SE RECOMIENDA: PASILLO, HALL DE CASA, PRINCIPIO DE ESCALERAS
- **¿Cuánto tiempo debe durar? 1 min/año de edad (6 años = 6 minutos)**
 Puede ser útil el cronómetro
- **Si huye, le colocamos de nuevo en el sitio sin mostrar atención, enfado, gritos o agresión. Mostrar firmeza y tranquilidad... ¡No perder los nervios! ¡No es fácil pero TÚ PUEDES!**
- **¡Tiempo! Nos acercamos al niño explicándole el motivo del castigo para que comprenda las consecuencias de esa conducta.**
- **Le ofrecemos una muestra de afecto y cariño y... ¡vuelta a la normalidad!**

EXTINCIÓN

- **CONSISTE EN IGNORAR COMPLETAMENTE CONDUCTAS QUE NO QUEREMOS QUE SE REPITAN. ¡Es la más difícil porque exige mucho autocontrol!**
- **¡OJO! SOLO sirve cuando la conducta NO conlleva peligro** (pegar, insultar, desobedecer, destruir cosas) **o sea un beneficio para él** (mentir, no hacer los deberes, engañar...)
- **Al principio, la conducta empeorará pero... ¡debemos ser constantes!**
- **Dejamos de ignorar cuando el niño deje de realizar esa conducta.**
- **¿Cuándo podemos usarlo?:** cuando el niño llora al llevarle al colegio, pataletas cuando no consigue lo que quiere, conductas para llamar la atención...

Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (43)

Tiempo-fuera: explicado en el Material 2B, consiste en colocar al niño en un lugar de aislamiento durante un periodo de tiempo como resultado ante su conducta inapropiada. El objetivo de la técnica es que el niño reflexione sobre su conducta de manera que asocie dicho comportamiento con una consecuencia no gratificante y que, por tanto, disminuya su frecuencia de aparición.

Extinción: explicado en el Material 2B, solamente se recomienda utilizarlo en conductas disruptivas menores. No existe refuerzo ni castigo, conlleva ignorar la conducta inapropiada del niño con el objetivo de eliminarla; el niño asocia que tal comportamiento no da lugar a ningún resultado por parte de sus progenitores y por tanto no se repite.

Role-playing:

Tras esto, la educadora pedirá a cuatro participantes que formen dos parejas. Las parejas llevarán a cabo una simulación acerca de dos situaciones disruptivas habituales en la que un participante actuará como el hijo con TDAH y el otro como padre. Una de las parejas manejará la situación con la técnica de tiempo-fuera y la otra con la técnica de extinción.

Relajación basada en la respiración (44):

Para finalizar los contenidos de la sesión, la educadora instruirá en la relajación basada en la conciencia de respiración, de manera que el grupo formará un semicírculo y la educadora se colocará en el centro de este. A continuación, realizará una demostración de respiración diafragmática, que consiste en respirar profundamente para reducir la frecuencia cardíaca y mantener la presión sanguínea estable; tras la inspiración profunda, lentamente se exhalará el aire para disminuir la ansiedad percibida. Tras la demostración, se instará al grupo a que realice la técnica mientras la educadora observa y corrige a los participantes.

Cierre de la sesión: se cumplimentarán de nuevo los documentos descritos en la sesión anterior. La educadora pedirá al grupo que pongan en práctica las técnicas en casa y describan en una hoja de Word la situación disruptiva, cómo la manejaron y las emociones que surgieron. A lo largo de la semana, se mandará al correo de la educadora la tarea para que esta lea y analice cómo se han llevado a cabo las técnicas.

Cuadro 7. SESIÓN 2: Resolvemos los problemas

SESIÓN 2: RESOLVEMOS LOS PROBLEMAS

Objetivos	Contenidos	Técnica	Tiempo	Agrupación	Recursos
Que el grupo conozca los objetivos y contenido de la sesión actual	La educadora recordará brevemente los contenidos vistos en la sesión anterior y presentará la dinámica de la sesión actual.	Expositiva: charla-coloquio	5'	GC	<u>Recursos materiales:</u> Aula docente del HGUGM Sillas Material de papelería Pizarra Fotocopias tamaño folio de la infografía Hoja de asistencia Planilla de Evaluación Cuestionario de Satisfacción Correo institucional de la educadora <u>Recursos humanos:</u> Enfermera educadora Observador
Que el grupo aumente el nivel de conocimientos sobre el funcionamiento de la conducta	La educadora expondrá el concepto de aprendizaje social y tipos de conducta	Expositiva: lección en pizarra	10'	GC	
Que el grupo sea capaz de identificar los tipos de conductas inapropiadas	La educadora pedirá al grupo que ponga en común ejemplos de conductas disruptivas menores y mayores	Investigación en el aula: tormenta de ideas	10'		
Que el grupo adquiera habilidades para abordar situaciones conflictivas a través de las técnicas tiempo-fuera y extinción	La educadora instruirá al grupo en las técnicas tiempo-fuera y extinción.	Expositiva: lección con infografía	20'	GC G2	
	La educadora pedirá a 4 participantes que, en parejas, expongan el uso de las dos técnicas en situaciones cotidianas.	Desarrollo de habilidades: role-playing	15'		
Que el grupo aumente el nivel de autocontrol percibido ante la conducta disruptiva	La educadora instruirá al grupo en la técnica de relajación basada en la respiración	Desarrollo de habilidades: demostración con entrenamiento	15'	I GC	
Tarea: la educadora pedirá al grupo que pongan en práctica las técnicas aprendidas en la sesión y que describan en un folio una situación conflictiva real, cómo actuaron y qué emociones se generaron. Se pedirá al grupo que envíe el documento a través del correo para la próxima sesión. Evaluación de la sesión: de la misma forma que en la sesión anterior.			5'	I	

Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (1,30,31,43,44)

5.3.Sesión 3: Caritas sonrientes

Acogida: se recibirá a los asistentes y se comenzará la sesión con un breve recordatorio de la sesión anterior, se introducirán los contenidos de la sesión actual y se desarrollará la tarea que se describió en la sesión anterior. En esta sesión se abordará la técnica de economía de fichas para mejorar la organización y funcionamiento familiar.

Tarea:

La educadora elegirá a los tres participantes que necesiten corregir las técnicas (a partir del análisis de la tarea) o que de forma voluntaria quieran manifestar al grupo su trabajo realizado. Seguidamente, cada uno de los tres participantes leerá su tarea y al finalizar el grupo debatirá sobre las fortalezas y debilidades de lo descrito y cómo se podría mejorar. El objetivo de la tarea es mejorar el desarrollo de habilidades en las técnicas de tiempo-fuera, extinción y relajación respiratoria, así como cohesionar el grupo fomentando la red de apoyo y ayuda mutua.

Economía de fichas: (Material 3A)

Una vez finalizada la tarea, la educadora colocará en el centro del semicírculo una cartulina tamaño DIN-A2 apoyada sobre un caballete y dará paso a la explicación de la técnica de economía de fichas.

La economía de fichas consiste en asignar al niño una serie de responsabilidades que debe cumplir al día y semanalmente, de modo que si las cumple de forma satisfactoria serán señaladas con un estímulo positivo (como por ejemplo, el uso de vales, fichas o pegatinas con caras sonrientes, estrellas o tic verde) y si no se cumplen serán señaladas con un icono negativo (caras tristes, cruz roja, señal de prohibido...).

Además, se pactará previamente con el niño el número de iconos positivos necesarios para obtener un premio o reforzador; así los padres harán comprender al niño el modo de actuar deseado y el resultado satisfactorio que eso conlleva para el niño (el premio) y para los padres (conductas apropiadas).

La educadora explicará la importancia de la edad del niño a la hora de negociar ese refuerzo, de modo que a menor edad menor número de iconos positivos necesitarán para obtener el premio; a medida que aumenta la edad del niño, aumentarán también las responsabilidades adjudicadas. En relación a esto, la educadora explicará la necesidad de

creatividad en la elaboración del mural, con colores, formas y letras de tamaño grande que llamen la atención de los niños.

La educadora advertirá que una vez implantado el sistema de economía de fichas, se debe proceder a la retirada gradual de este tras conseguir instaurar las conductas de manera rutinaria, es decir, cuando formen parte del funcionamiento conductual del niño.

Aunque no se tratará en este programa educativo, la educadora informará al grupo en que la retirada del sistema debe ser gradual, alargando el tiempo en la consecución de premios e incrementando el número de iconos necesarios para obtenerlo. La educadora resaltará la importancia de que la retirada no debe ser brusca, o de lo contrario, puede producir rechazo y reaparición de las conductas indeseadas.

MATERIAL 3A. Cartulina economía de fichas



¡SOY CAPAZ!

TAREAS DE (NOMBRE)

	L	M	X	J	V
Recoger mi plato en el desayuno y la cena	😊	😊		😊	😊
Hacer los deberes		😊			
Recoger los juguetes	😊		😊		
Irme a dormir temprano		😊	😊	😊	
Comer la mitad o toda la comida	😊				

CON 20 😊, MI PREMIO ES: _____



Fuente: elaboración propia a partir de las referencias (41-43)

Recompensa-castigo:

La educadora reunirá las técnicas de economía de fichas y tiempo-fuera para establecer las recompensas y castigos en las conductas del niño, respectivamente.

En relación a la recompensa, y a través de la técnica de tormenta de ideas, la educadora pedirá a los participantes que expongan ejemplos de premios que puedan usar como recompensa en el sistema de economía de fichas, tanto “premios pequeños” (elegir un juego para jugar con los padres, ir al parque, montar en bicicleta, lectura antes de dormir...) como “premios grandes” (excursión en fin de semana, ir al cine, elegir una actividad como jugar a los bolos, ir al rocódromo...).

En cuanto al castigo, la educadora recalcará la importancia de utilizarlo como último recurso, es decir, que el tiempo-fuera no se convierta en la forma habitual de actuar ante las conductas inapropiadas del niño. Asimismo, se educará a los padres en mantener intacta la autoestima del niño cuando ocurra el castigo ya que lo que se sanciona son los comportamientos del niño. De esta forma, los padres explicarán de forma clara y firme al niño el motivo por el cuál es castigado y se ofrecerá una alternativa a la forma de actuar para que esta no sea sancionada de nuevo.

Cierre de la sesión: se cumplimentará la documentación de las sesiones anteriores. La educadora repartirá una cartulina a cada participante y pedirá que diseñen el sistema de economía de fichas, de modo que se ponga en práctica en casa; la educadora recordará a los padres que traigan la cartulina a la siguiente sesión para debatir sobre la implantación de la técnica. También avisará al grupo de traer una pieza de fruta o “merienda saludable” a la próxima sesión.

Cuadro 8. SESIÓN 3: Caritas sonrientes.

SESIÓN 3: CARITAS SONRIENTES					
Objetivos	Contenidos	Técnica	Tiempo	Agrupación	Recursos
Que el grupo conozca los objetivos y contenidos de la sesión	La educadora recordará brevemente los contenidos vistos en la sesión anterior y presentará la dinámica de la sesión actual.	Expositiva: charla-coloquio	5’	GC	<u>Recursos materiales:</u> Aula docente del HGUGM Sillas Material de papelería Pizarra Caballete ⁸ Cartulinas tamaño DIN-A2 Hoja de asistencia Planilla de Evaluación Cuestionario de Satisfacción <u>Recursos humanos:</u> Enfermera educadora Observador
Que el grupo verbalice su experiencia en la aplicación de las técnicas de tiempo-fuera y extinción Que los padres aumenten su nivel percibido de pertenencia al grupo	La educadora pedirá a tres participantes que expongan al grupo la tarea realizada en el uso de tiempo fuera, extinción y relajación basada en la respiración.	Expositiva: lectura con discusión	30’	I GC	
	La educadora instará al grupo a debatir sobre lo expuesto y a realizar correcciones de las técnicas descritas.				
Que el grupo adquiera habilidades para aumentar la frecuencia de conductas positivas y disminuir las conductas inapropiadas mediante las técnicas de economía de fichas y recompensa-castigo	La educadora instruirá al grupo en la técnica de economía de fichas	Expositiva: lección participada	20’	GC	
	La educadora instruirá al grupo en la técnica de recompensa-castigo: pedirá al grupo que exponga ejemplos de premios y el funcionamiento del castigo.	Expositiva: lección participada Investigación en el aula: tormenta de ideas	15’		
Tarea: la educadora pedirá al grupo que pongan en práctica las técnicas aprendidas en la sesión y que diseñen en la cartulina el sistema de economía de fichas. Se pedirá al grupo que traiga la cartulina a la próxima sesión, junto con una “merienda saludable” (pieza de fruta) Evaluación de la sesión: igual que en sesiones anteriores.			10’	I	

Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (1,30,41-43)

⁸ Si no es factible, usar material de papelería como celo para sostener la cartulina en la pizarra.

5.4.Sesión 4: Ayúdame a ayudarte

Acogida: se recibirá a los asistentes y se comenzará con un breve recordatorio de los contenidos y tarea de la sesión anterior y se introducirán los contenidos de la sesión actual.

Tarea:

La educadora pedirá a dos padres voluntarios que hayan traído la cartulina que expongan al grupo su diseño del sistema de economía de fichas y que verbalicen su experiencia en el uso de esta técnica en cuanto a las dificultades y situaciones satisfactorias ocurridas. Tras la exposición, la educadora abrirá paso al debate con el grupo en el uso de la recompensa-castigo y se corregirán aquellos aspectos que no hayan resultado claros o que se hayan llevado a cabo de manera incorrecta.

Exposición con Power Point: estilos parentales (Material 4A)

Una vez finalizado el debate, la educadora procederá a la exposición de los estilos educativos y la influencia del nivel de autoridad en el funcionamiento conductual de los niños con TDAH; para ello, contará con el apoyo de una presentación en Power Point.

Material 4A: Power Point sobre estilos parentales.

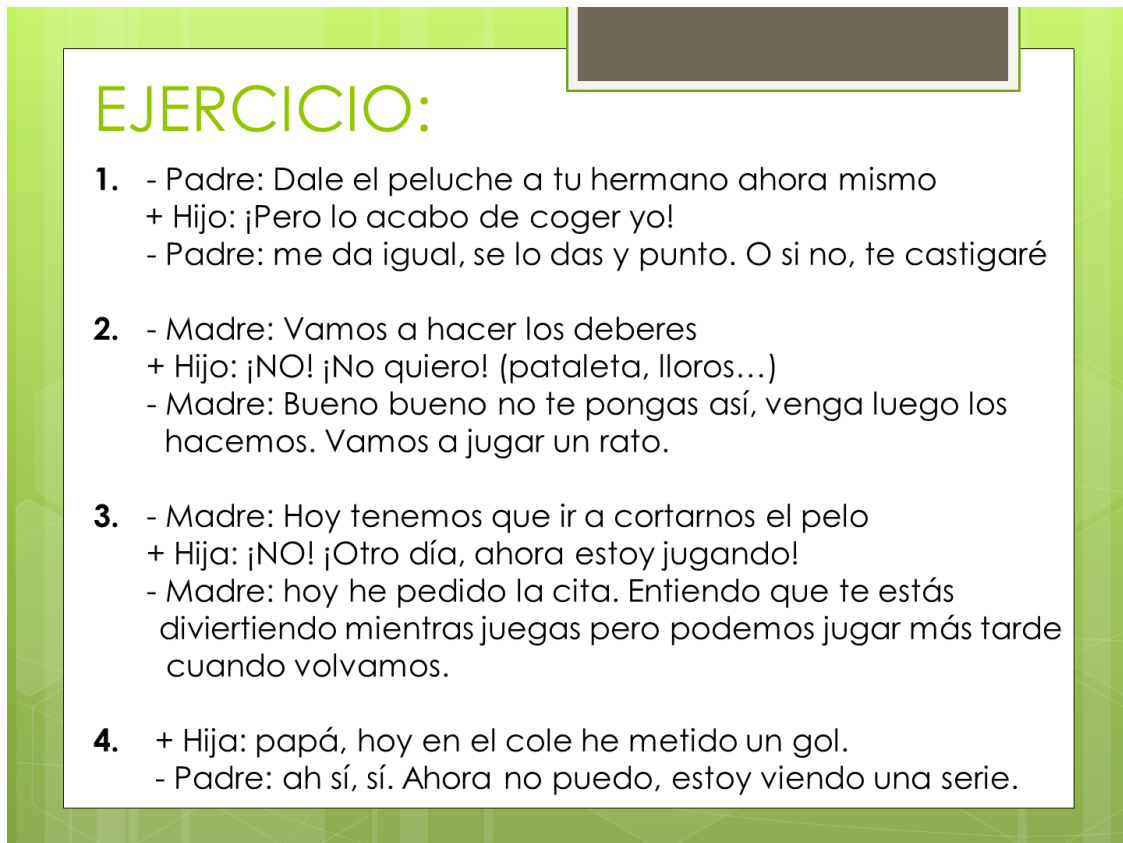


Fuente: elaboración propia a partir de las referencias (42, 43, 45)

Ejercicio: (Material 4B)

También se educará a los padres en el establecimiento de límites mediante un ejercicio en el que se analizarán distintas situaciones con estilos educativos distintos y en la cual los participantes tendrán que identificar qué clase de estilo es y proponer una alternativa de actuación.

Material 4B. Ejercicio sobre estilos parentales y establecimiento de límites.



EJERCICIO:

1. - Padre: Dale el peluche a tu hermano ahora mismo
+ Hijo: ¡Pero lo acabo de coger yo!
- Padre: me da igual, se lo das y punto. O si no, te castigaré
2. - Madre: Vamos a hacer los deberes
+ Hijo: ¡NO! ¡No quiero! (pataleta, lloros...)
- Madre: Bueno bueno no te pongas así, venga luego los hacemos. Vamos a jugar un rato.
3. - Madre: Hoy tenemos que ir a cortarnos el pelo
+ Hija: ¡NO! ¡Otro día, ahora estoy jugando!
- Madre: hoy he pedido la cita. Entiendo que te estás divirtiendo mientras juegas pero podemos jugar más tarde cuando volvamos.
4. + Hija: papá, hoy en el cole he metido un gol.
- Padre: ah sí, sí. Ahora no puedo, estoy viendo una serie.

Fuente: elaboración propia

Exposición con Power Point: escucha activa y comunicación positiva (Material 4C)

A continuación, la educadora instruirá a los padres en habilidades de escucha activa y comunicación positiva a través de la exposición con soporte Power Point. Durante la exposición, se educará sobre lo siguiente:

Material 4C: Power Point sobre habilidades sociales.

¿CÓMO AUMENTAR LA AUTOESTIMA?

Confíe en él/ella

Evitar las etiquetas negativas: «no seas malo» «no sabes»

Reconozca sus logros por pequeños que sean

Reflexionamos con él/ella sobre sus sentimientos

Ayúdele a buscar la solución a los problemas:
«vamos a ver cómo podemos...»

ESCUCHA ACTIVA Y COMUNICACIÓN POSITIVA →

ESCUCHA ACTIVA

OBJETIVO: que el niño/a se sienta escuchado, atendido.

Escoger un sitio tranquilo para que el niño/a exprese sus ideas.

LENGUAJE VERBAL


Retroalimentar las opiniones del niño/a

Parafrasear

Empatizar: «te entiendo» «comprendo que estás enfadado»

Reforzar su confianza con frases de ánimo

No interrumpirle ni juzgarle



LENGUAJE CORPORAL

Mirarle a los ojos


Mantener contacto visual

Expresión facial de atención a lo que nos está contando

Proximidad física al niño/a

Postura de atención

«Tenemos dos oídos y una boca por algo. Hay que escuchar el doble de lo que se habla si se quiere entender al otro»
Imma Puig (2019)



COMUNICACIÓN POSITIVA

OBJETIVO: mejorar el bienestar familiar y la comunicación en la familia basada en el respeto para hacer frente a los conflictos.

Cómo nos hace sentir su COMPORTAMIENTO, NO SU PERSONA.

Tono de voz tranquilo, no usar un volumen alto ni gritos.

Hablamos despacio y con claridad.

Evitamos lenguaje negativo

Buscamos su opinión y fomentamos el diálogo sin interrupciones

Fuente: elaboración propia a partir de las referencias (42, 43)

Escucha activa: consiste en comprender lo que nos cuenta el niño y proporcionarle una retroalimentación positiva con el objetivo de que se sienta escuchado y atendido. Para ello, se recomienda usar técnicas como la reformulación y clarificación de sus sentimientos y opiniones: “*Veo que estás triste...*” “*Crees que no te hacemos caso...*”. Es importante que durante la conversación el niño no sea interrumpido ni se sienta juzgado, ya que eso puede perjudicar la comunicación en la familia y agravar la sintomatología de TDAH pudiendo ser esta un reflejo de los sentimientos del niño. En el Power Point se exponen las claves para llevar a cabo una escucha activa eficaz.

Comunicación positiva: consiste en utilizar palabras potenciadoras que hagan sentir seguridad al interlocutor. Es decir, con la comunicación positiva transmitimos al niño los sentimientos que nos generan su comportamiento, no su persona, y sus consecuencias de manera que centremos la atención en la situación y evitemos descalificaciones personales o pensamientos negativos. En el Power Point se clarifica la diferencia entre comunicación positiva y negativa con ejemplos sobre cómo se puede llevar a cabo.

Role-playing:

Tras la exposición, la educadora pondrá en práctica lo explicado y recurrirá a la colaboración de 4 participantes que, por parejas, simularán dos situaciones de la vida diaria en las que puedan desarrollar estas técnicas de escucha y comunicación eficaces.

Merienda saludable:

Para finalizar los contenidos del programa, la educadora pedirá al grupo que mientras realizan la “merienda saludable” (en la cual, se refuerza la importancia de instaurar en el hogar una dieta equilibrada con suficiente aporte calórico según la “hipótesis nutricional del TDAH” descrita), expongan las dudas acerca de lo impartido en las sesiones, reflexionen sobre las fortalezas y debilidades del programa, aspectos a mejorar... la educadora escuchará activamente al grupo, anotará dichos comentarios y aclarará en la medida de lo posible las dudas o conceptos erróneos en la aplicación de los contenidos del programa. Pese a realizar una evaluación del programa basada en ítems ponderables, este espacio servirá para que la educadora formule una idea generalizada sobre la efectividad del programa.

Cierre de la sesión: de nuevo, se cumplimentará la documentación de las sesiones anteriores; además, se repartirá de nuevo la escala parental a cada participante para que la rellenen. La educadora enviará los materiales utilizados por correo electrónico a los participantes para contar con ellos en formato digital. Agradecerá la asistencia y colaboración de los participantes y observador y dará por finalizado el programa.

Cuadro 9. SESIÓN 4: Ayúdame a ayudarte

SESIÓN 4: AYÚDAME A AYUDARTE

Objetivos	Contenidos	Técnica	Tiempo	Agrupación	Recursos
Que el grupo conozca objetivos y contenidos de la sesión	La educadora recordará los contenidos vistos y presentará la dinámica de la sesión actual.	Expositiva: charla-coloquio	5'	GC	<u>Recursos materiales:</u> Aula docente del HGUGM Ordenador con proyector Sillas Material de papelería Presentaciones Power Point Hoja de Asistencia Planilla de Evaluación Cuestionario de Satisfacción Correo institucional <i>Parenting Scale</i> <u>Recursos humanos:</u> Enfermera educadora Observador
Que el grupo verbalice su experiencia en la aplicación de las técnicas de economía de fichas y recompensa-castigo Que los padres aumenten su nivel percibido de pertenencia al grupo	La educadora pedirá a 2 participantes que expongan al grupo su diseño de economía de fichas y manifiesten su experiencia en la aplicación de la técnica en casa.	Expositiva: presentación de la cartulina	20'	I GC	
	La educadora instará al grupo a debatir sobre la aplicación de las técnicas y realizará correcciones.	Análisis: discusión estructurada			
Que el grupo adquiera conocimientos sobre estilos parentales, establecimiento de límites, escucha activa (recepción de mensajes) y comunicación positiva (transmisión de mensajes)	La educadora instruirá al grupo en los estilos parentales y habilidades sociales.	Expositiva: lección con Power Point	10'	GC G2	
	La educadora realizará un ejercicio de estilos educativos y establecimiento de límites.	Análisis: discusión estructurada	10'		
	La educadora pedirá a cuatro participantes que simulen en parejas dos situaciones cotidianas en las que usar la escucha activa y la comunicación positiva con sus hijos.	Desarrollo de habilidades: role-playing	10'		
Que el grupo manifieste dudas sobre la información recibida y las técnicas enseñadas	<u>Merienda saludable:</u> La educadora aclarará las dudas del grupo según lo impartido en el proyecto.	Análisis: discusión libre	10'	GC	
	<u>Evaluación de la sesión:</u> se evaluará la sesión actual y se realizará una evaluación final del programa en conjunto. Además, se cumplimentará de nuevo la <i>Parenting Scale</i> . La educadora dará por finalizado el programa educativo y enviará los materiales utilizados por correo electrónico a los participantes.			15'	

Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (1,30,37,43)

6. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA (37):

Con la evaluación educativa operativa se pretende conocer la efectividad del proyecto proporcionada a través de la consecución de los objetivos planteados y la obtención de información de los participantes, observador y educadora. Además, la evaluación supone un proceso de mejora continua para llevar a cabo intervenciones futuras más eficaces.

Para obtener una evaluación holística de todos los aspectos que conforman el programa, se realizará, mediante instrumentos cuantitativos y cualitativos, la evaluación de cada sesión y una evaluación al finalizar el programa: hoja de asistencia, Cuestionario de Satisfacción (Anexo 6) para los participantes y la Planilla de Evaluación (Anexo 7) para el observador externo y observador participante (en referencia a la educadora). Se seguirá el modelo de evaluación propuesto por Donabedian, en el que los tres agentes intervinientes realizarán la evaluación del proyecto en relación a lo siguiente:

- Estructura: se obtendrá información relativa a la adecuación del lugar, horario, duración y los recursos empleados.
- Proceso: se analizará la idoneidad de la programación de las actividades en las sesiones a través del nivel de participación, grado de consecución de las actividades propuestas y opinión de los tres agentes de la intervención sobre el desarrollo, contenidos, técnicas didácticas y organización de las sesiones.
- Resultado: con la escala parental antes y después de la intervención educativa se espera evaluar la consecución de los objetivos del programa a través de la comparación del funcionamiento familiar de los participantes.

Tanto la planilla de evaluación como el cuestionario de satisfacción están desarrolladas en un formato de preguntas que miden las respuestas a través de una escala Likert de 5 puntos o dicotómicas (sí o no) para agilizar el proceso de evaluación, y apartados de respuestas abiertas para analizar la opinión de los tres agentes y sus propuestas de mejora.

Como se mencionó en la metodología y diseño de las sesiones, estos documentos estarán elaborados por la educadora, se entregarán y se recogerán al final de las sesiones, a excepción de la escala parental, que se cumplimentará en el periodo de captación y al finalizar el proyecto y se entregará de manera presencial o a través del correo electrónico a la educadora antes del comienzo del periodo de evaluación del programa.

7. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES:

Una de las limitaciones más relevantes que presenta este proyecto es la repercusión que tiene la dificultad de establecer un diagnóstico de TDAH en los niños con respecto a la sintomatología descrita. La falta de criterios diagnósticos claros genera datos inespecíficos sobre la prevalencia del trastorno y, concretamente en el programa educativo repercute en la escasa información sobre los programas educativos existentes en la CAM y la frecuencia de las consultas de niños con TDAH en atención especializada.

El uso de la *Parenting Scale* como una de las herramientas para la evaluación de la consecución de los objetivos supone asimismo otra de las limitaciones fundamentales puesto que, tras consultar a la APA, se encuentra en espera de cesión de derechos para poder utilizarla en este proyecto.

El programa educativo está elaborado para realizarse en el entorno de atención especializada dado que, como se describe en epígrafes anteriores, permite obtener una mayor número de participantes y facilita el proceso de captación al centralizar la realización del proyecto en el medio hospitalario, donde se suele realizar el seguimiento de los niños con TDAH a lo largo de su desarrollo.

Esto puede considerarse a su vez una limitación puesto que, a priori y basándose en los datos de prevalencia expuestos, no se analizó la viabilidad de aplicación en otros ámbitos como Atención Primaria o centros de Educación Primaria por las posibles dificultades de asistencia al programa si el centro no cumple las preferencias en cuanto a distancia y transporte disponible de los participantes.

Además, sería pertinente comprobar la eficacia y viabilidad de la aplicación del programa en distintos entornos poblacionales con el objetivo de analizar la influencia de las variables socioculturales de los participantes en el desarrollo y resultados del programa (30).

Por otra parte, a lo largo del desarrollo del proyecto educativo pueden surgir diversas limitaciones como la aparición de problemas personales que dificulten la asistencia a las sesiones, espacio y horario inadecuados a las necesidades de los participantes, observador y/o educadora, recursos insuficientes, clima grupal conflictivo o inexistente, escasa participación... todo ello puede presumir en sesgos asociados al análisis de los datos obtenidos.

El hecho de que los participantes se autoevalúen en la escala parental puede inducir sesgos de objetividad y aunque controlarlo pueda ser una tarea complicada en el ámbito de aplicación, es importante otorgar al grupo el papel protagónico en la evaluación de su proceso de aprendizaje (30).

Como líneas futuras de investigación, y con el objetivo de conocer la efectividad del programa en relación a la dinámica familiar, sería oportuno llevar a cabo proyectos de investigación con el diseño de ensayos aleatorizados con mayor poder estadístico que cuenten con un grupo intervención (formado por padres que participen en el programa educativo) y un grupo control que no forme parte de la educación para la salud (29,30). De este modo, se podrían comparar ambos grupos y analizar la eficacia que tiene el entrenamiento parental en el funcionamiento familiar y manejo de la sintomatología de los niños diagnosticados de TDAH al finalizar el programa, a los seis meses y al año post-intervención.

Los estudios existentes sobre la eficacia de los programas educativos de entrenamiento parental en el TDAH ponen de manifiesto la necesidad de generar mayor evidencia sobre la implicación del TDAH en la calidad de vida familiar, eficacia de tratamientos no farmacológicos, identificación de los diagnósticos enfermeros más prevalentes, papel de la enfermera en la atención del TDAH, etc. Todo ello con el objetivo de desarrollar protocolos de actuación en el abordaje integral del TDAH para el individuo y la familia.

Este programa educativo está diseñado para instruir a los padres, desde el ámbito competencial enfermero, en diversas técnicas y habilidades y proporcionarles conocimientos suficientes para llevar a cabo un afrontamiento activo del trastorno y, con ello, lograr un adecuado funcionamiento familiar.

En definitiva, la educación para la salud constituye una estrategia imprescindible dentro de las competencias enfermeras por lo que es fundamental la utilización de esta herramienta en la promoción de la salud en los padres de niños con TDAH. Para ello, la enfermería debe adaptarse a las nuevas necesidades de salud, las características del grupo diana y los actuales criterios diagnósticos del TDAH (que se encuentran en cambio y debate constante) con el objetivo de proporcionar a los padres un proceso de aprendizaje significativo (4,20,35,37).

8. AGRADECIMIENTOS:

A M.^a Teresa Alcolea Cosín, tutora de este trabajo, por su disponibilidad y apoyo constante en la redacción de mi trabajo de fin de grado. Ha sido una gran ayuda y guía en este proceso de aprendizaje.

A mi familia y amigos, porque gracias a ellos soy quien soy y sin su apoyo incondicional no habría podido finalizar esta etapa académica.

A mi madre y mi tía, madres de hijos con TDAH, por su esfuerzo y dedicación constante para darles lo mejor a sus hijos y enseñarles que sus sueños no tienen límites. Han sido la fuente de inspiración para realizar este trabajo.

9. **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, (IACS). Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad; 2017 [consultado 3 may 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2HR44yc>
2. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid: Real Academia Española (RAE); 2018 [consultado 28 ene 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2E4zjV0>
3. Arango-López C, editor. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2014.
4. Soutullo-Esperón C, Alda-Díez JA, Bonet-Camañes T, Cardo-Jalón E, Casas-Brugué M, Cobos-Cedillo A, et al. El TDAH en España: propuestas estratégicas [Internet]. Barcelona: Adelphi Targis S.L.; 2016 [consultado 28 ene 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2VhLJji>
5. García de Vinuesa-Fernández F. Prehistoria del TDAH: aditivos para un diagnóstico insostenible. Papeles del Psicólogo. 2017; 38(2): 107-115.
6. Quintero J, Castaño-de la Mota C. Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Pediatr Integral. 2014; 18(9): 600-608.
7. Vélez-Van-Meerbeke A, Talero-Gutiérrez C, Zamora-Miramón I, Guzmán-Ramírez GM. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: de padres a hijos. Neurología. 2017 abr; 32(3): 158-165.
8. Durá-Travé T, Díez-Bayona V, Yoldi-Petri ME, Aguilera-Albesa S. Modelo dietético en pacientes con déficit de atención e hiperactividad. An Pediatr. 2014 abr; 80(4): 206-213.
9. Marín-Méndez JJ, Álvarez-Gómez MJ, Borra-Ruiz MC, Vallejo-Valdivielso M, Díez-Suarez A, de Castro-Manglano P, et al. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niños en edad preescolar. Prevalencia epidemiológica en Navarra y La Rioja, España. Rev Neurol. 2018 mar; 66(1): 115-120.

10. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014 abr; 43(2): 434-442.
11. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España: INE; 2017 [consultado 2 feb 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2DQIcDV>
12. García-Vallejo R. Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad infantil en los registros de historias clínicas de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. *Metas enferm*. 2016 abr; 19(3): 14-20.
13. Organización Mundial de la Salud. Síndromes psiquiátricos clínicos. En: Caballero-Martínez L, editor. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes Madrid, España: Médica Panamericana; 2001. p. 7-156.
14. Sánchez-Martínez DP, Guillén-Pérez JJ. Epidemiología del tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la Región de Murcia: diferencias por sexo, edad y lugar de residencia. *An Pediatr*. 2018 abr; 88(4): 183-190.
15. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España: INE; 2017 [consultado 2 feb 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2HYJMqm>
16. Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) [base de datos en Internet]. Madrid: Área de Inteligencia de Gestión; 2016 [consultado 7 abr 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2uZFC8l>
17. Rivas-Jueas C, de Dios JG, Benac-Prefaci M, Colomer-Revuelta J. Análisis de los factores ligados al diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Neurología*. 2017 sept; 32(7): 431-439.
18. Fernández-Pérez M, Gonzalvo-Rodríguez C. Diagnóstico precoz del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad mediante el cribado recomendado por la Academia Americana de Pediatría para la atención primaria en las cohortes de 8 años durante 4 años consecutivos. *An Pediatr*. 2012 may; 76(5): 256-260.

19. Catalá-López F, Hutton B. El tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes: epidemiología, multimorbilidad y servicios de salud integrados. *An Pediatr*. 2018 abr; 88(4): 181-182.
20. Arango C. Un tratamiento integral para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en toda Europa. *Rev psiquiatr salud ment*. 2015 oct-dic; 8(4): 197-198.
21. Serrano-Troncoso E, Guidi M, Alda-Díez JA. ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013 ene-feb; 41(1): 44-51.
22. Amado L, Jarque S, Ceccato R. Differential impact of a multimodal versus pharmacological therapy on the core symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in childhood. *Res Dev Disabil*. 2016 dic; 59: 93-104.
23. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS - CIMA [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2016 [consultado 6 feb 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Ty0bmH>
24. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS - CIMA [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2016 [consultado 6 feb 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2DfdSA3>
25. Hernández-Martínez M, Pastor-Hernández N, Pastor-Durán X, Boix-Lluch C, Sans-Fitó A. Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Pediatr aten prim*. 2017 ene-mar; 19(73): 31-39.
26. Enríquez-González C, Alba-Pérez LC, Corzo-Rodríguez L, Caballero-Martínez D, Rojas-Soca D. Adaptación, afrontamiento y calidad de vida en cuidadores infanto-juveniles con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Med Cent*. 2018; 12(1): 57-64.
27. Guerra-Prado D, Mardomingo-Sanz ML, Ortiz-Guerra JJ, García-García P, Soler-López B. Evolución del estrés familiar en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *An Pediatr*. 2015 nov; 83(5): 328-335.

28. Ferrin M, Moreno-Granados JM, Salcedo-Marín MD, Ruiz-Veguilla M, Pérez-Ayala V, Taylor E. Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014 ago; 23(8): 637-647.
29. Loren REA, Vaughn AJ, Langberg JM, Cyran JEM, Proano-Raps T, Smolyansky BH, et al. Effects of an 8-session behavioral parent training group for parents of children with ADHD on child impairment and parenting confidence. *J Atten Disord*. 2015 feb; 19(2): 158-166.
30. Garreta E, Jimeno T, Servera M. Análisis de la efectividad de un programa de entrenamiento de padres de niños con TDAH en un ambiente hospitalario. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018; 46(1): 21-28.
31. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Madrid Espasa-Calpe; 1982.
32. Sonuga-Barke E, Barton J, Daley D, Hutchings J, Maishman T, Raftery J, et al. A comparison of the clinical effectiveness and cost of specialised individually delivered parent training for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder and a generic, group-based programme: a multi-centre, randomised controlled trial of the New Forest Parenting Programme versus Incredible Years. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018; 27(6): 797-809.
33. Moen ØL, Hedelin B, Hall-Lord ML. Public health nurses' conceptions of their role related to families with a child having attention-deficit/hyperactivity disorder. *Scand J Caring Sci*. 2014 sep; 28(3): 515-522.
34. Dirección General de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014 [Internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014 [consultado 16 feb 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/1QUpWsi>
35. Luna Delgado L, Moriones Jiménez O. Tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Implicaciones para enfermería. *Rev ROL Enferm* 2014; 37(9): 582-586.
36. Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud: manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989 [consultado 20 abr 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2GW4SSd>

37. Pérez-Jarauta MJ, Echaury-Ozcoidi M, Ancizu-Irure E, Chocarro-San Martín J. Manual de Educación para la Salud [Internet]. Navarra: Gobierno de Navarra; 2006 [consultado 20 abr 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2VxsWUK>
38. Herdman TH, editor. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017 [Internet]; 2019 [consultado 14 feb 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2CMzDFE>
39. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Cuidados centrados en la persona y familia: guía de buenas prácticas clínicas [Internet]. Toronto: RNAO; 2015 may [consultado 28 abr 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2V3u9DW>
40. Comunidad Autónoma de Madrid. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón [Internet]. Madrid: Salud Madrid; 2013 [consultado 6 abr 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2rbCIuy>
41. Coelho LF, Barbosa DLF, Rizzutti S, Muszkat M, Bueno OFA, Miranda MC. Use of Cognitive Behavioral Therapy and Token Economy to Alleviate Dysfunctional Behavior in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Front Psychiatry*. 2015 nov; 6:167.
42. Rieffe C, Wiefferink CH. Happy faces, sad faces: Emotion understanding in toddlers and preschoolers with language impairments. *Res Dev Disabil*. 2017 mar; 62: 40-49.
43. de Burgos-Marín R, Barrios-Agrafojo M, Engo-Pita R, García-Calero A, Gay-Pamos E, Guijarro-Granados T, et al. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: guía para padres y educadores [Internet]. Córdoba: Glosa SL; 2011 [consultado 10 abr 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2IphaVu>
44. Martínez-González L, Olvera-Villanueva G, Villareal-Ríos E. Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2018; 26(2): 99-104.
45. Pinquart M, Gerke DC. Associations of Parenting Styles with Self-Esteem in Children and Adolescents: A Meta-Analysis [Internet]. *J Child Fam Stud*. 2019 abr [consultado 2 may 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2VFPAun>

10. ANEXOS:

Anexo 1. Figura 1. Cuestionario de evaluación del TDAH basado en la primera recomendación de la GPC de la Asociación Americana de Psiquiatría⁹.

1. ¿Cómo es el rendimiento escolar?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Variable	Sospecha TDAH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:
2. ¿El profesor ha detectado problemas de aprendizaje?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
3. ¿Es feliz en el colegio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
4. ¿Tiene algún problema de conducta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
5. ¿Sigue instrucciones de principio a fin?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
6. ¿Termina el trabajo escolar asignado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
7. ¿Se accidenta en exceso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
8. ¿Existen signos de inatención?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
9. ¿Los padres tienen que sentarse a su lado para que hagan los deberes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Fuente: Soutullo-Esperón C, et al. (4)

Anexo 2. Hoja de asistencia.

SESIÓN:		
FECHA: .../.../.....		
NOMBRE	APELLIDOS	FIRMA

Fuente: elaboración propia

⁹ Se inicia sospecha del trastorno si los padres refieren resultados afirmativos en los ítems 2, 4, 7 y 8, resultados negativos en los ítems 3, 5 y 6 y valoran el rendimiento académico regular o malo.

Anexo 3. Díptico del programa.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARENTAL



Turista Directo Al Huracán

PROYECTO EDUCATIVO PARA PADRES, MADRES Y TUTORES LEGALES DE NIÑOS/AS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

PROGRAMA DISEÑADO POR:



Centro de Especialidades Moratalaz
Comunidad de Madrid

EN COLABORACIÓN CON:



Hospital General Universitario Gregorio Marañón

COORDINACIÓN Y DATOS DE CONTACTO

COORDINADORA DEL PROGRAMA: (enfermera)

TÉLEFONO DE CONTACTO: XXX-XXX-XXX

E-MAIL DE CONTACTO:@salud.madrid.org

¿QUÉ ES EL TDAH?

Es un trastorno cognitivo-conductual que presenta tres síntomas fundamentales: inatención, impulsividad e hiperactividad.

Afecta a un 5% de la población infantil mundial en edad escolar (6-12 años). En España, las cifras se estiman entre un 5-10%

¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA?

- Promover el funcionamiento familiar adecuado, capacitando a los padres a través de técnicas y actividades didácticas
- Mejorar el afrontamiento aumentando los conocimientos sobre TDAH
- Fomentar la autoestima de los padres desarrollando las habilidades sociales

INFORMACIÓN PRÁCTICA

 **LUGAR:** Aula del Departamento de Psiquiatría (Despacho 9) Servicio de Psiquiatría Infantil y Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/Ibiza, 43 (Madrid)

 **HORARIO:** 17:30 - 19:00 horas
LUNES 21, 28, 4 y 11 octubre - noviembre 2019

 **¿CÓMO ME INSCRIBO?:** ponte en contacto con la enfermera coordinadora si aún no habéis concertado una cita.

SESIÓN 1: CONOCIENDO EL TDAH
LUNES 21 OCT 2019

Presentación del programa.
Se trabajarán los conocimientos sobre el trastorno.

SESIÓN 2: RESOLVEMOS LOS PROBLEMAS
LUNES 28 OCT 2019

Aprendizaje social.
Abordaje de técnicas para resolver conflictos y conductas inapropiadas en la familia: tiempo-fuera y extinción.
Relajación basada en la respiración.

SESIÓN 3: CARITAS SONRIENTES
LUNES 4 NOV 2019

Instrucción en economía de fichas y recompensa-castigo para favorecer las conductas positivas.

SESIÓN 4: AYÚDAME A AYUDARTE
LUNES 11 NOV 2019

Estilos educativos: estableciendo los límites
Habilidades sociales: escucha activa y comunicación positiva
Merienda saludable y cierre del programa

De izquierda a derecha: anverso, reverso e interior del díptico.

Fuente: elaboración propia

Anexo 4. Guión de la entrevista semiestructurada.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH	
GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	
Entrevistadora:	
Entrevistado (padre/madre/tutor legal):	
Fecha: .../.../.....	
<p>Edad de su hijo/a: Curso de escolarización:</p> <p>¿Hace cuántos años se le diagnosticó a su hijo/a TDAH?:</p> <p>¿Se encuentra en seguimiento por algún centro sanitario? SI/NO:</p> <p>¿Cada cuánto tiempo acude a las citas de seguimiento?:</p> <p>¿Recibe tratamiento farmacológico?: SI / NO</p> <p>En caso afirmativo, ¿en qué consiste?:</p> <p>¿Recibe tratamiento no farmacológico?: SI / NO</p> <p>En caso afirmativo, ¿en qué consiste?:</p> <p>¿Tiene hermanos/as? SI / NO</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuántos/as? (señalar las edades de estos/as):</p> <p>¿Cómo describiría el comportamiento diario que tiene su hijo/a con TDAH?:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>¿De qué manera trata de solventar las conductas inadecuadas de su hijo/a con TDAH?:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>¿Qué emociones le generan las conductas inadecuadas de su hijo/a con TDAH?:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>¿Qué significa para usted cuidar a un hijo/a con TDAH?:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>¿Ha participado alguna vez en un programa de entrenamiento parental? SI / NO</p> <p>En caso afirmativo, ¿en qué consistió el programa? ¿le resultó beneficioso? SI / NO</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>¿Qué espera aprender o conseguir con este programa educativo?:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Preferencia de horario de realización de las sesiones: Mañana / Tarde</p>	

Fuente: elaboración propia

Anexo 5. Hoja de registro.

Hoja de registro en el programa educativo: “Turista Directo Al Huracán (TDAH)”

Coordinadora del proyecto:

Profesionales participantes:

Correo corporativo:

Educadora: **Teléfono de contacto:**

Observador:

Lugar de realización del programa:

Dirigido a:

N.º	Nombre y Apellidos	Edad	Edad del niño/a	Centro de seguimiento	Teléfono de contacto	Correo electrónico	Observaciones
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Fuente: elaboración propia

Anexo 6. Cuestionario de Satisfacción.

Por favor, rodee la respuesta de cada una de las siguiente preguntas considerando el valor que más se aproxime a su respuesta en la sesión a la que haya asistido hoy.

Cada pregunta se responde a través de una escala de 1 a 5 puntos en la que 1 representa el mínimo grado de satisfacción y 5 el máximo grado de satisfacción.

	1	2	3	4	5
	Muy satisfecho/a	Bastante satisfecho/a	Indiferente / indeciso/a	Poco satisfecho/a	Nada satisfecho/a
Sesión 1: Conociendo el TDAH					
Sesión 2: Resolvemos los problemas					
Sesión 3: Caritas sonrientes					
Sesión 4: Ayúdame a ayudarte					

Opinión general sobre el programa (rellenar al finalizar la Sesión 4)					
---	--	--	--	--	--

Al finalizar el programa educativo en la sesión 4, valore los siguientes aspectos a través de una escala de 1 a 5 puntos:

	1	2	3	4	5
	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Indiferente/ indeciso/a	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
El lugar de realización de las sesiones ha sido apropiado.					
El horario de realización de las sesiones ha sido conveniente.					
La duración de las sesiones ha sido adecuada.					
Los recursos materiales aportados han sido suficientes.					
Los contenidos enseñados me han sido de gran utilidad.					
La labor realizada por la educadora ha facilitado mi proceso de aprendizaje.					
Considero que trabajar individualmente de forma ocasional ha favorecido mi proceso de aprendizaje.					
Considero que trabajar en grupo ha favorecido mi proceso de aprendizaje.					
Considero que trabajar en grupo ha favorecido la creación de grupo de apoyo y ayuda mutua entre los participantes.					
Mi nivel de participación en el programa ha sido óptimo.					
He logrado incorporar satisfactoriamente en casa las actividades y técnicas propuestas en las sesiones					

Para finalizar, puede responder en la cara trasera del documento a las siguientes cuestiones:

Pregunta 1: ¿Qué es lo que más le ha gustado del programa educativo?

Pregunta 2: ¿Qué es lo que menos le ha gustado del programa educativo?

Pregunta 3: ¿Qué aspectos cree que se podrían mejorar del programa educativo?

Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (37)

Anexo 7. Planilla de Evaluación.

TÍTULO DEL PROYECTO:

SESIÓN:

NÚMERO DE PARTICIPANTES:

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

.....
.....

CONTENIDOS DE LA SESIÓN:

.....
.....

A continuación, responda a las cuestiones marcando una X en una de las opciones:

	SÍ	NO
¿El lugar de realización de la sesión ha sido adecuado?		
¿La duración de la sesión ha sido apropiada?		
¿Se han realizado las actividades en el tiempo previsto?		
¿Los contenidos han sido adecuados a los objetivos de la sesión?		
¿La técnica tiempo-fuera y extinción se ha presentado y gestionado adecuadamente?		
¿La técnica de relajación se ha presentado y gestionado adecuadamente?		
¿La técnica economía de fichas se ha presentado y gestionado adecuadamente?		
¿La técnica de rejilla se ha presentado y gestionado adecuadamente?		
¿La técnica de debate grupal se ha presentado y gestionado adecuadamente?		
¿La técnica de role-playing se ha presentado y gestionado adecuadamente?		
¿Los recursos digitales (presentaciones Power Point) han sido apropiados?		
¿Los recursos materiales (pizarra, cartulina, infografía) han sido idóneos?		
¿Considera que se ha favorecido un clima favorable a lo largo de la sesión?		
¿Considera que la participación en la sesión ha sido de un 90% o más?		
Cuestiones dirigidas únicamente al observador de las sesiones educativas		
La labor de la educadora ha favorecido el logro de los objetivos de la sesión.		
¿Ha sido suficiente una educadora para el desarrollo de la sesión?		
¿Ha sido pertinente el desarrollo del programa de EpS en 4 sesiones?		
¿Considera que se han conseguido los objetivos de la sesión?		

¿Qué aspectos considera que se podrían mejorar del programa?

Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (37)